FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE N° 986

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

FONTAINE Claude, Edmond

*né le 25 Octobre 1924 à PARIS VI^e^*

Présentée et soutenue publiquement le 1963

FORMES FÉBRILES AIGUES ou SUB-AIGUES des ADÉNOPATHIES MÉDIASTINALES BÉNIGNES APPAREMMENT CRYPTOGÉNÉTIQUE (avec ou sans manifestations cutanées)

Président : M^r^. **TURIAF,** *Professeur*

IMP. R. MASSON, 8, Rue Fizeau - SURESNES (Seine)

Professeurs Honoraires :

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BENARD (H.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CHABROL (E.), CHAMPY (C.), DEBRE (R.), FEY (B.), GASTINEL (P.), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LANTUEJOUL (P.), LAROCHE (G.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), OLIVIER (E.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), QUENU (J.), RICHET (C.), SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.).

DOYEN : ..... Léon BINET
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR : ..... Jean VERNE
2° ASSESSEUR : ..... Gaston CORDIER

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

I.- PROFESSEURS

1°- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	(JAYLE (M.-F.) (SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports ..	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)

Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J)
Hygiène et Médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	(BINET (L.) (BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	(DOGNON (A.) (DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	(DESGREZ (P.) (POLONOVSKI (J.
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L. C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE G.
Pharmacologie	LEVY (Melle J.
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L

CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
nique carcinologique chirur-		
cale (Necker)		REDON (H.)
nique cardiologique (Broussais).		MOUQUIN (M.)
	(Beaujon	LORTAT-JACOB (J.L.)
	(Cochin	LEGER (L.)
	(Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
niques	(Pitié	CORDIER (G.)
irurgicales	(Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	(Salpêtrière	SICARD (A.)
	(Tenon	OLIVIER (Cl.)
nique de chirurgie infantile		
orthopédique (Enfants Malades),		FEVRE (M.)
nique chirurgicale orthopédique		
réparatrice (Cochin)		MERLE d'AUBIGNE (R.)
nique de chirurgie cardio-		
sculaire (Broussais)		GAUDART d'ALLAINES (F. de)
nique de chirurgie pleuro-		
monaire (Laennec)		MATHEY (J.)
nique endocrinologique (Pitié)..		DECOURT (J.)
nique de Génétique médicale		
nfants Malades)		LAMY (M.)
nique génecologique (Broca)		FUNCK-BRENTANO (P.)
nique des maladies cutanées et		
philitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
nique des maladies des		
fants (Enfants-Malades).....		CATHALA (J.)
nique des maladies infectieuses		
laude-Bernard)		MOLLARET (P.)
nique des maladies mentales		
de l'encéphale (Sainte-Anne)...		DELAY (J.)
nique des maladies métaboliques		
ecker)		HAMBURGER (J.)
nique des maladies du sang		
roussais)		MARCHAL (G.)
nique des maladies du système		
rveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
	(Boucicaut	LENEGRE (J.)
	(Broussais	SOULIE (P.)
niques	(Cochin	JUSTIN-BESANCON L.
nicales	(Cochin	BROUET (G.)
	(Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
	(Lariboisière	SEZE (S. de)
	(Pitié	DREYFUS (G.)
	(Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)

Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie ..... DEBRAY (C.) (Bichat)
Clinique médicale propédeutique (Broussais) ..... GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu) ..... DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié). DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière). GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales (Baudeloque ..... LACOMME (M.)
(Foch (Suresnes)..... MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) ..... VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) ..... RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) ..... AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul).. LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) ..... MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec) ..... BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) ..... MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) ..... COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié) .... DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) ..... ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)..... LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique ..... GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique ..... PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale ..... DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales ..... POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker) ..... COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) ..... TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

	MM.
Médecine	(BOUR (H.) (LHERMITTE (F.) (PEQUIGNOT (H.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES, et MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES.

Anatomie	(CABROL (C.) (COUINAUD (C.) (GILLOT (C.) (OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	(GAUTHIER-VILLARS ((Melle P.) Pr. (s. ch. (ABELANET (R.) (BUSSER (F.) (CHOMETTE (G.) (GOUYGOU (Ch.) (m. conf. (NEZELOFF (Ch.) (ORCEL (L.) (PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	(KERN (E.) (VOURC'H (G.)
Bactériologie	(BARBIER (P.) (CHRISTOL (D.) (LE MINOR (L.) (TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	(BEAULIEU Et. (M. conf. (BOURILLON (R.) (CARTIER (P.) (DREYFUS (J. Cl.) (GONNARD (P.) (KRUH (J.) (JEROME (H.)

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-radiologie	LEDOUX-LEBARD
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.) Pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANCON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) Pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M SAPIN-JAUSSIN
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DEROBERT (L.) Pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT

MM.

htalmologie	(BREGEAT (P.) (DUBOIS (A.) (SARAUX (H.)
thopédie	(JUDET (R.) (MEARY (R.) (POSTEL (M.) (RAMADIER (J.)
o-rhino-laryngologie	(DEBAIN (J.) (PIALOUX (P.)
rasitologie	(GOLVAN (Y.) (LAPIERRE (J.)
thologie chirurgicale	(BARCAT (J.) (BINET (J.P.) (CAUCHOIX (J.) (CERBONNET (G.) (CHATELIN (C.L.) (DUBOST (Ch.) (DUBOST (Cl.) (FAUREL (J.) (FLABEAU (F.) (GARBAY (M.) (GARNIER (H.) (de GAUDART-d'ALLAINE (GERMAIN (A.) (LATASTE (J.) (LEVEQUE (B) (LOYGUE (J.) (MERCADIER (M.) (NATALI (J.) (PELLERIN (D.) (PERROTIN (J.) (ROBERT (H.) (THOMERET (G.)
hologie exotique	SCHNEIDER (J.)
hologie expérimentale	(BENHAMOU (J.P.) (BERTHAUX (P.) (BOIVIN (P.) (CROSNIER (J.) (HARTMANN (L.) (LOEPER (J.) (MAURICE (J.) (MIKOL (Cl.) (RICHET (G.)

MM.

Pathologie médicale	AUSANNAIRE (M. BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRETIEN (J.) COBLENTZ (B) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ETIENNE (J.P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J. LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (POLONOVSKI (C. ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DEJOURS (P.) DURAND (J.) GIRARD m. conf HUGELIN (A.) SCHERRER (J.)

	MM.
ysique médicale	(CHANTEUR (J.) (COUGEROT (L.) M. conf. (Pr. s. ch. (GREMY (F.) M. conf. (MILHAUD (G.) (PELLERIN (P.) (ROUCAYROL (J. Cl.) (TUBIANA (M.) M. conf.
eumo-phtisiologie	(KREIS (B.) (MEYER (A.) (RENAULT (P.)
ychiatrie	PICHOT (P.)
ychiatrie infantile	(DENIKER (P.) (DUCHE (D.) (FLAVIGNY (H.) (LAPRESLE (J.)
matologie	DELBARRE (F.)
matologie	(CERNEA (P.) (CHAPUT (Mme A.) (M. c. agr. (GRELLET (M.)
rapeutique	(CHASSAGNE (P.) (LAMOTTE (M.) (MARCHE (J.)
logie	(AUVERT (J.) (MOULONGUET (A.) (QUENU (L.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
tomie	DEBEYRE (J.)
nique chirurgicale	(ABOULKER (P.) (AMFLINE (A.) Pr.s.ch. (VERNE (J.M.)

MM.

Clinique médicale	(PERRAULT (M.) (RAMBERT (P.) (THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	(GRASSET (J.) (MAYER (M.)
Clinique ophtalmologique	(DESVIGNES (P.) (OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES.

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V.- CHARGES DE COURS d'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté : M. LENA (J.)
Secrétaire principal ..... Melle G. CHAN

Conservateur en Chef de la Bibliothèque) M. le
Conservateur du Musée d'Histoire de la) Docteur
Médecine .....) HAHN (A

servateur ..... Melle DUMAITRE (P.)

liothécaires ..... (Mmes CONTET (J.)
(FORGET (F.)
(Mlles LAURENT (H.)
(LE NOIR (G)
(QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798,
cole a arrêté que les opinions émises dans les
sertations qui lui seront présentées, doivent
e considérées comme propres à leurs auteurs et
elle n'entend leur donner aucune approbation
mprobation.

A MES PARENTS,
qui surent m'encourager
et m'aider pendant mes
études

A MA FAMILLE

A Monsieur le Professeur TURIAF,

qui m'a fait l'honneur de présider cette thèse. Qu'il trouve, ici, mon hommage le plus respectueux.

A Monsieur le Docteur MORIN
Médecin des Hôpitaux de Paris
(Centre Médico-chirurgical FOCH)
qui fut l'inspirateur de cette thèse et auprès de qui nous fûmes heureux de trouver maints conseils.

A mes maîtres dans les hôpitaux de PARIS

- Monsieur le Professeur G. HEUYER.
  membre de l'Académie de Médecine
- Monsieur le Docteur Noël PERON
  médecin de la Salpêtrière

A mes maîtres dans les hôpitaux psychiatriques

- Monsieur le Docteur CHATAGNON.
  médecin des hôpitaux psychiatriques
  de la Seine
- Monsieur le Docteur H. EY.

médecin des hôpitaux psychiatriques à Bonneval
(Eure et Loir)

FORMES FEBRILES AIGUES

ou SUBAIGUES

DES

ADENOPATHIES MEDIASTINALES BENIGNES

APPAREMMENT CRYPTOGENETIQUES

(avec ou sans manifestations cutanées)

I N T R O D U C T I O N

Dans le cadre des adénopathies médiastinales, on isole un groupe en apparence autonome, représenté par des adénopathies intrabronchiques bilatérales, généralement symétriques, d'évolution bénigne, dont la nature étiologique reste souvent imprécise. C'est le "Bilateral Hilar Lymphona Syndrom" des auteurs scandinaves.

Ces adénopathies latentes, du point de vue fonctionnel, sont découvertes à l'examen radiologique du thorax, soit à l'occasion d'un examen systématique et de dépistage chez des sujets en bonne santé, c'est l'éventualité la plus fréquente dans notre pays, soit lors d'un érythème noueux et cette association, en dehors de la tuberculose, est observée principalement dans les pays nordiques : c'est le syndrome de Löfgren.

Plus rarement, ces adénopathies, avec leurs caractères particuliers, sont retrouvées à l'occasion d'un épisode fébrile, qui, de prime abord, évoque une maladie générale.

Cette circonstance est moins connue ; aussi nous a-t-il paru intéressant, à partir de cinq observations recueillies dans le service du Dr. MORIN au Centre-Médico-Chirurgical FOCH, déjà publiées, et des observations similaires de la littérature, de consacrer le présent travail aux formes fébriles, appelées par certains, formes aiguës ou sub-aiguës des adénopathies médiastinales bénignes.

H I S T O R I Q U E

La connaissance des adénopathies médiastinales, ni tuberculeuse, ni maligne, d'évolution bénigne, débute avec la relation des formes médiastino-pulmonaires de la maladie de BESNIER-BOECK-SHAUMANN, (PAUTRIER 1934 ; thèse d'ORTHOLAN, inspirée par TROISIER et BARIETY 1939).

Le développement des examens systématiques des collectivités, fait découvrir ces adénopathies médiastinales latentes, isolées. Citons : SCHONHOLZER (1947), CHAVES et ABELES (1953), JARNIOU, MISTROT, OUGIER, GRANOTIER et PIRAME (1953), BROCARD, CHOFFARD, VANNIER et SOLIGNAC (1954).

L'étude de l'association : érythème noueux et adénopathies médiastinales, conduit les auteurs scandinaves à distinguer, l'érythème noueux avec adénopathies hilaires unilatérales et cuti-réaction tuberculinique positive, d'avec l'érythème noueux avec adénopathies hilaires bilatérales et réaction tuberculinique faible ou nulle, imputable dans certains cas à la maladie de BESNIER-BOECK-SHAUMANN, (Skiold 1945, Löfgren 1946, Ardell 1946, Hallander 1949). L'individualisation d'un "Bilateral hilar lymphoma syndrom", fait l'objet de l'important travail de LOFGREN et de LANDBOCK (1952), basé sur 113 cas avec érythème noueux et l'importante monographie de ZETTERGREN.

La fréquence des adénopathies médiastinales bénignes est,en France, affirmée par le livre de TURIAF et BRUN sur la sarcoïdose endothoracique (1955), par la thèse de DUPLA (1956), inspirée par BROCARD, les 50 cas réunis par JARNIOU et ses collaborateurs (1957 la thèse de JULLIEN (1958) inspirée par BROU les communications d'A. MEYER et de multiple bibliographies publiées.

Dans quelques publications, mention était faite d'un fébricule, dans un petit nombre de cas. Mais ce sont les observations démonstratives de REVOL, MAITREPIERRE et GAUTHIER, BROCARD et CHOFFEL, A. MEYER, PALEY et CHRETIEN qui vulgarisent la notion de formes fébriles.

L'étiologie de ces adénopathies médiastinales bénignes, suscite un grand intérêt. Il s'avère rapidement que la maladie de BESNIER-BOECK-SHAUMANN, ne résume pas le problème. Le rôle de l'infection est soulevé. L'infection streptococique retient l'attention d'ARDELL, LOFGREN, BROCARD et CHOFFEL. Des infections virales diverses sont également envisagées ; virus pneumotropes (EVEN et LECOEUR), de la mononucléose infectieuse (VIC-DUPONT et ECHTER), de la lympho-réticulose d'inoculation (MEYER et FREOUR, TURIAF et JEANJEAN), de la grippe, de l'ornithose (MONNET, BERTOYE, BERTRAND et COURTIER), de la fièvre Q. Finalement, l'hypothèse de l'infection n'apparaît acceptable que pour un nombre très restreint de cas, et l'étiologie de ces adénopathies demeure un champ d'exploration.

Les problèmes thérapeutiques ont fait l'objet d'une confrontation à l'hôpital Necker.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Tout d'abord, nous allons citer cinq observations, que nous avons pu examiner dans le service de Mr. le Dr. MORIN, au Centre-Médico-Chirurgical FOCH de Suresnes, observations déjà publiées dans la Semaine des Hôpitaux de Paris, en les rapprochant de quelques observations analogues, éparses dans des publications antérieures, et de réinsister sur l'existence de formes fébriles aiguës, ou sub-aiguës des adénopathies médiastinales bénignes apparemment cryptogénétique.

o
o o

OBSERVATION I -

Madame BON.... Célestine, âgée de 26 ans, est hospitalisée le 13 Janvier 1953 pour un érythème noueux fébrile, apparu le 31 Décembre 1952, après 2 jours de fièvre à 38°, accompagné de douleurs articulaires et musculaires diffuses.

On ne note pas d'antécédent récent, et notamment pas d'angine, mais, sans raison apparente, la malade aurait maigri de plusieurs kilogs au cours des deux mois précédents. D'origine bretonne, à Paris depuis six ans, elle n'aurait jamais fait tester ses réactions tuberculiniques ; mais des radiographies pulmonaires faites en 1950 et en 1952, à l'occasion de grossesses, étaient normales.

Lors de l'examen, à l'entrée, il existe à la face antéro-interne des deux jambes des éléments typiques d'érythème noueux, les uns récents, inflammatoires douloureux, d'autres, plus anciens, indolores et verdâtres. La fièvre est autour de 38° ; l'examen clinique est, par ailleurs, négatif: pas de signe objectif articulaire, pas d'adénopathie périphérique, ni de splénomégalie, la gorge

et les conjonctives sont normales, il n'y a aucun signe clinique cardio-vasculaire ou respiratoire, l'examen neurologique est négatif.

Les radiographies et tomographies thoraciques révèlent une adénopathie médiastinale faite de ganglions interbronchiques, symétriqu à droite et à gauche, denses et bien limités. Les champs pulmonaires sont normaux, à part un épaississement linéaire de la scissure inférie droite.

EXAMENS PARACLINIQUES.

La vitesse de sédimentation est à 103 124 - 129. Il existe une légère anémie normochrome (3 millions 480000), une leucocytose à 15.700, dont 85% de polynucléaires neutrophile Le taux de la fibrinémie est de 5,60 gr. par litre.

A noter, des réactions de floculation positive : Demanche ±, Hecht ±, Kahn ++, Ménicke +, mais le test de Nelson est de 0%.

Enfin, la cuti-réaction et l'intraderm réaction tuberculiniques sont négatives, de mêm que les recherches de bacilles de Koch par tuba ges gastriques. Négatives également sont les re actions de Hirst, de Paul et Bunnel, la réactio de déviation du complément du groupe Ornithose-Psittacose.

EVOLUTION.

Un traitement par le gentisate de soude n'empêche pas la réapparition de douleurs diffu ses, qui précèdent une nouvelle éruption de nouures, localisées, maintenant, au niveau des coudes et du cuir chevelu. Le 23 Janvier, est

institué un traitement par l'association streptomycine et rimifon.

Jusqu'au 22 Février, aucune influence n'en résulte, ni sur la courbe thermique, ni sur les manifestations douloureuses. C'est seulement à la fin de Février, que la courbe thermique se normalise progressivement, en même temps que disparaissent les arthralgies, mais l'image médiastinale persiste, inchangée. En Juin, cette malade est en parfait état, elle a repris 10 Kgs, les radiographies thoraciques sont normales.

En Janvier 1961, la guérison s'est maintenue, les réactions tuberculiniques sont toujours négatives. Depuis l'érythème noueux, la malade a eu deux nouvelles grossesses avec des examens radiologiques pulmonaires normaux. On ne note aucun fait pathologique depuis l'hospitalisation, et rien dans l'examen clinique ou radiologique actuel ne permet de suspecter une récidive de la maladie de BESNIER-BOECK-SCHAUMANN.

OBSERVATION 2 -

Monsieur BUIS.... Bernard, comptable, 26 ans, entre dans le service le 5 septembre 1957, pour une fièvre inexpliquée qui dure depuis six semaines.

La maladie a débuté le 31 Juillet par un malaise général avec température à 38°. Deux jours plus tard, apparaît une toux sèche, parfois quinteuse, qui fait entreprendre un traitement anti-infectieux. Mais, malgré les essais successifs de plusieurs antibiotiques, la courbe thermique reste en plateau autour de 38°, et, fin Août, apparaissent quelques douleurs lombaires. A la même époque, un cliché pulmonaire révèle l'existence d'adénopathies médiastinales.

Dans les antécédents, on retiendra la fréquence des angines, l'une d'elles en 1952 ayant été suivie d'arthralgies, celles-ci traitées par le salicylate de soude. Il n'y a pas e de nouvelles angines depuis plusieurs mois. On retiendra aussi que la cuti-réaction à la tuber culine est positive depuis l'âge de 12 ans.

A l'entrée dans le service, le malade e fatigué et amaigri (perte de 8 Kgs depuis le dé but de la maladie). La température oscille entr 38° et 38°5, il existe toujours une toux sèche et rebelle. L'examen clinique est négatif : pas de manifestation cutanée ni articulaire, rate, foie, aires ganglionnaires, sont normaux, l'exa men clinique pleuro-pulmonaire ne révèle rien, mais l'étude radiologique du thorax constate la présence de grosses masses hilaires, bilatérale symétriques, à contours nets, sans aucune image parenchymateuse satellite.

A la bronchoscopie, l'aspect de l'arbre trachéo-bronchique est strictement normal. L'E.C.G. est normal.

EXAMENS PARACLINIQUES -

La vitesse de sédimentation est à 74 - 114 - 127. La numération globulaire comporte, comme seule anomalie :

- une éosinophilie à 7%. Aucun signe d'atteinte rénale n'est noté.
- L'électrophorèse révèle une élévation des alp 2 globulines (14,5%). La recherche de strepto coques dans la gorge est négative, la recherc de bacilles de Koch par tubages également. La cuti-réaction tuberculinique est négative, ma l'intra-dermo réaction à 10 unités est positi

Les réactions de Bordet-Wassermann sont négatives, ainsi que la réaction de Paul et Bunnel, il n'y a aucune anomalie dans l'étude immuno-hématologique.

Une biopsie rétro-claviculaire, enfin, n'a ramené que des fragments de tissu graisseux.

EVOLUTION.

Sans traitement, la fièvre va disparaître progressivement, après trois semaines d'hospitalisation, en même temps que s'amorce la reprise de poids.

Mais,

- la vitesse de sédimentation est encore franchement accélérée,

- et les images médiastinales ne sont guère modifiées.

Envoyé en maison de repos, le malade y est alors traité par la streptomycine et le rimifon. L'amélioration se poursuit : reprise de poids, normalisation de la sédimentation globulaire, régression de l'adénopathie médiastinale, qui, en Février 1958, n'a pourtant pas encore complètement disparu.

OBSERVATION 3 -

Madame HAN.... Lucienne, 32 ans, est hospitalisée le 22 Mai 1958. Aucun antécédent lointain n'est à signaler, mais, le 15 Mars de cette même année, 8 jours après intervention sur un kyste dentaire, cette malade fut atteinte d'une angine érythémateuse fébrile avec un coryza qui dura deux à trois jours. Au décours de cette angine est survenue une gêne fonctionnelle motrice des quatre membres, avec sensation de fourmillements dans les membres inférieurs. Ces symptômes neurologiques ont régressé en une quinzaine de jours, ne laissant qu'une légère maladresse du membre inférieur gauche. On aurait signalé, à cette même époque, un cas de poliomyélite dans le voisinage.

La maladie actuelle a débuté le 4 Mai, par une poussée thermique à 39°, accompagnée d'une céphalée occipitale intense, d'anorexie, d'asthénie, d'une langue saburrale et d'herpès péri-buccal. Mais, en réalité, au cours de la semaine précédente, la malade avait noté une fatigabilité anormale, un amaigrissement de 3 Kgs, l'existence de douleurs dorsales interscapulaires. Pendant quelques jours, la température se maintient autour de 39° et s'accompagne d'une douleur dorsale et thoracique intense, accentuée en décubitus latéral droit, calmée en position assise. On note également une dyspnée d'effort importante, quelques quintes de toux sans expectoration. A deux reprises le 7 et le 14 Mai, survient une éruption faciale de type acnéiforme. Un court traitement par la Pénicilline et la Streptomycine ne donne aucun résultat. Lors de l'arrêt de ce traitement, la fièvre baisse un peu, mais se maintient autour de 38°, l'état général est meilleur, l'appétit également.

Lors de son hospitalisation le 22 Mai, la température oscille chaque jour entre 37°5 et 38°, la langue est propre, la palpation de l'abdomen révèle un discret signe de Murphy, mais la biligraphie sera normale ; il n'y a ni gros foie, ni grosse rate, ni ganglion périphérique. L'auscultation du thorax ne décèle qu'un petit souffle systolique de la base cardiaque. Du point de vue neurologique, il ne persiste de la maladie antérieure qu'une légère diminution de la force musculaire du pouce et de l'index gauche, et un réflexe rotulien gauche un peu affaibli.

Les radiographies et tomographies révèlent une adénopathie médiastinale, bilatérale, un peu plus importante à droite qu'à gauche, sans image anormale des champs pulmonaires.

La bronchoscopie remarque un éperon trachéal épaissi et élargi, mais la muqueuse à ce niveau est normale; les éperons bronchiques sont légèrement élargis des deux côtés, et il existe une réaction inflammatoire diffuse de la muqueuse bronchique, sans spécificité; histologiquement, il existe seulement une infiltration d'allure oedémateuse entre l'épithélium de revêtement et la couche musculaire.

EXAMENS PARACLINIQUES.

La vitesse de sédimentation est à 40 - 87. La numération formule sanguine ne montre pas d'anémie, pas de leucocytose, mais une éosinophilie à 8%. Il n'y a aucun signe rénal, aucun trouble biologique d'atteinte hépatique.

Les réactions tuberculiniques sont négatives, les recherches de bacilles de Koch également. Les réactions de Bordet-Wassermann sont négatives; toutes les études biologiques à la recherche d'une étiologie spécifique sont restées vaines : (réaction de Hirst, séro-diagnostic de Widal et Wright, réactions du groupe Ornithose-Psittacose, Rickettsiose, de la lymphoréticulose d'inoculation, recherches de virus dans les selles, hémocultures). La recherche d'agglutinines froides est également négative.

EVOLUTION.

Après échec d'un traitement de 15 jou par la Tifomycine, la malade est envoyée en maison de repos, sans aucun traitement. Pendant les deux mois de ce séjour (jusqu'au 27 Août) la température se maintient autour de 37°8 tous les soirs. Mais, si l'asthénie persiste, il y a une reprise de poids de 4 Kgs, et la vitesse de sédimentation, à la fin de la convalescence, est tombée à 20-55. Les radiographies faites alors montrent la persistance d'adénopathies médiastinales, mais elle sont en nette régression.

En Avril 1959, les radiographies thoraciques sont normales.

OBSERVATION 4.-

Monsieur VAN.... Jean, 34 ans, surveillant de travaux à la S.N.C.F., entre dans le service le 17 Novembre 1958 pour une fièvre accompagnée d'arthralgies, ayant débuté trois semaines auparavant. Dans ses antécédents, il aurait eu, à l'âge de 17 ans, une encéphalite dont il n'existe aucune preuve clinique formelle. Enfin, une sinusite frontale au cours de l'hiver 1957-1958.

La maladie actuelle débute à la fin du mois d'Octobre, par une douleur articulaire, au niveau de l'articulation tibio-tarsienne droite. Cette arthralgie a duré trois jours sans aucune modification locale. Mais, à partir de ce moment, se sont succédées des manifestations douloureuses, articulaires et musculaires, durant de 3 à 5 jours pour chaque localisation : après une lombo-sciatique très transitoire, les chevilles, les épaules, les coudes, les poignets sont successivement touchés; les douleurs débordent nettement la seule articulation pour s'étendre au niveau des segments de membres sus et sous-jacents. En dehors de la cheville droite, qui fut nettement tuméfiée, il n'y eut pas d'autre signe inflammatoire au niveau des articulations douloureuses.

A ces atteintes articulaires, s'associe une fièvre autour de 38°5, avec des sueurs abondantes, surtout nocturnes. Il n'y eut pas d'angine. Mais, le 10 Novembre, apparaît une toux déclanchée par l'inspiration profonde. La Phénylbutazone et le Gentisate associés à la Tétracycline n'influencent que peu les douleurs et nullement la courbe thermique.

Lors de son entrée, le 17 Novembre, dans le service, le malade présente à l'examen un bon état général, l'appétit est conservé, mais la température est à 38°5. Il existe une

douleur du genou droit, réveillée électivement à la face interne de l'extrémité supérieure du tibia, il n'existe pas de limitation des mouvements, ni de signes inflammatoires locaux. Le coeur est normal cliniquement et électriquement; la gorge est un peu rouge sans plus, il n'existe ni splénomégalie, ni de ganglions périphériques perceptibles. Le reste de l'examen clinique est négatif. On notera seulement le 22 Novembre, un piqueté purpurique transitoire du bras droit.

L'étude radiologique du médiastin montre une adénopathie hilaire bilatérale, grossièrement symétrique, mais prédominant cependant à droite. Il n'y a aucune image anormale dans les champs pulmonaires. Lors de l'examen bronchoscopique, rien n'est à signaler dans la bifurcation bronchique gauche, mais, à droite, il existe un aspect légèrement granuleux de la muqueuse, à l'origine de la bronche lobaire moyenne. Une biopsie faite à ce niveau ne révèle pas de lésion histologique appréciable. Une biopsie sus-claviculaire ne ramène aucun élément pathologique après examen anatomo-pathologique.

EXAMENS PARACLINIQUES.

La numération formule sanguine ne montre pas d'anémie, la leucocytose est à 11.900 avec 90% de polynucléaires neutrophiles et 2% d'éosinophiles. La vitesse de sédimentation est à : 110 - 115 - 122. Les protides totaux sont à 86,50 g. L'électrophorèse donne : Albumine = 59%, alpha-1 = 1%, alpha-2 = 5,5% bêta = 14%, gammas = 20,5%. Il n'existe aucun signe d'atteinte rénale.

Les réactions tuberculiniques sont toutes négatives, ainsi que les recherches des bacilles de Koch; négatives, également, sont les hémocultures. Le taux des anti-streptolysines est à 120 U. La sérologie de la syphilis est négative, la recherche de virus dans la gorge

et dans les selles négative, toutes les intradermo-réactions à la tuberculine, toutes les recherches d'agglutination et de déviation de complément sont négatives, sauf une légère agglutination pour Rickettsia Prowasaki qui fut retrouvée à deux reprises, mais étaient trop discrètes pour être spécifiques.

EVOLUTION -

Un traitement d'épreuve par les antibiotiques, institué à partir du 19 Novembre, n'amène aucune amélioration. Le 6 Décembre, est entrepris un traitement de Cortancyl, à la dose de 40 mg par jour; dès le lendemain, la fièvre est tombée, et, en trois jours, toutes les arthralgies ont disparu. Le 22 Décembre, lors de la sortie du malade, l'état clinique est parfait, la vitesse de sédimentation est à 11 - 28, mais les radiographies pulmonaires sont inchangées. Le traitement corticoïde est continué à doses dégressives jusqu'au 12 Février 1959. La guérison clinique se maintient, mais les adénopathies médiastinales ne régressent que lentement, et c'est seulement en Avril 1959 que l'on peut considérer la radiographie pulmonaire comme normale. Depuis cette époque, il n'y eut aucun fait nouveau.

OBSERVATION 5 -

Madame FAU.... Madeleine, âgée de 29 ans, est hospitalisée le 1er Juin 1959 pour un érythème noueux fébrile, s'accompagnant d'une adénopathie médiastinale et évoluant depuis 15 jours environ.

On ne retrouve rien de particulier dans ses antécédents pathologiques, en dehors d'une colique néphrétique en 1950; trois grossesses furent normales, le dernier accouchement ayant eu lieu trois mois auparavant. La cuti-réactio tuberculinique était légèrement positive, depuis un B.C.G. fait il y a plusieurs années, à la suite d'infections tuberculeuses observée dans sa famille.

La maladie a débuté le 16 Mai, sans aucun prodrome, et, notamment, sans angine. Ce furent des arthralgies de la cheville et du pied gauche, accompagnées d'un léger gonflemen local. Le lendemain, il y a généralisation des douleurs articulaires, sans prédominance élective et sans signes locaux appréciables. Le 18 Mai, en même temps que la température s'élève à 39°6 et sans aucune prise de médicament préalable, apparaît sur les deux membres inférieu un érythème noueux typique, aux éléments nombreux, douloureux et symétriques dans leur répartition; il existe une nouure au niveau du coude gauche. La radiographie pulmonaire révèle alors l'existence d'une adénopathie médiastinale. La cuti-réaction à la tuberculine es comme précédemment, faiblement positive.

Du 18 au 28 Mai, la malade est traitée par les dérivés salicylés et la Rovamycine, la fièvre reste en plateau autour de 38°5. On cons tate, à ce moment, des céphalées importantes avec vomissements, qui ne durent que 48 heures Les douleurs articulaires s'estompent, l'éruption nodulaire s'efface progressivement.

Mais, le 28 Mai, une recrudescence fébrile précède l'apparition d'une nouvelle éruption. Celle-ci est maintenant localisée au niveau des avant-bras et des coudes, et ces éléments diffèrent des précédents, évoquant un érythème polymorphe. En même temps, on note une reprise des manifestations articulaires, notamment au niveau des articulations interphalangiennes des mains.

Le 1er Juin, lors de son hospitalisation, la malade a un bon état général, quoiqu'un peu pâle et abattue, mais supportant assez bien une fièvre à 39° avec un pouls en rapport avec cette température.

Les lésions cutanées sont de deux ordres: au niveau des membres inférieurs, on retrouve les séquelles d'un érythème noueux sous forme d'éléments maintenant indolores, sur le dos du pied et la face antéro-externe des cuisses. Au niveau des membres supérieurs, les éléments sont papuleux, congestifs, un peu prurigineux, confluent parfois en bouquet, prédominant au niveau des avant-bras et au pourtour des coudes, mais avec, de plus, quelques éléments au niveau des mains et sur la face.

Les manifestations articulaires restent importantes au niveau des membres supérieurs : les petites articulations des doigts et les coudes sont légèrement gonflés, rouges, chauds, douloureux lors de la mobilisation et à la palpation locale. L'image radiologique des mains est normale.

L'examen clinique, en dehors de ce syndrome fébrile cutané et articulaire, est négatif. Il n'y a pas d'adénopathie périphérique, le foie et la rate sont normaux, l'examen neurologique est négatif, la langue est propre, la gorge indemne, le coeur est cliniquement et électriquement normal, il n'existe aucun signe fonctionnel ou clinique pulmonaire. Mais la radiographie et les tomographies pulmonaires

révèlent des adénopathies inter-bronchiques bilatérales et presque symétriques, régulières, à contours bien limités, sans trouble de ventilation et sans aucune image parenchymateuse associée. La bronchoscopie a été refusée par la malade.

EXAMENS PARACLINIQUES.

A la numération formule sanguine, il n'y a pas d'anémie, on note une leucocytose à 10.000, dont 57% de polynucléaires neutrophiles et 2% d'éosinophiles. La vitesse de sédimentation est à 52 - 92 - 122, la fibrine à 8,20 g. par litre. A l'électrophorèse on trouve : Albumine = 39%, alpha-1 = 6%, alpha-2 = 21,5%; bêta = 16,5%, gammas = 17%.

L'urée sanguine est normale, ainsi que le culot urinaire, et le compte des hématies et leucocytes-minute; on note seulement une albuminurie transitoire, discrète.

Les hémocultures sont négatives, la recherche de streptocoques dans la gorge, de bacilles de Koch par tubages, de virus dans les selles, sont toutes négatives.

Toutes les investigations étiologiques sont vaines : rickettsioses, toxoplasmose, lympho-réticulose bénigne ; les réactions de Bordet-Wassermann et de Paul et Bunnel sont négatives, ainsi que le séro-diagnostic de Widal

Le taux des anti-streptolysines est à 50 U.

La cuti-réaction à la tuberculine et les intra-dermo-réactions tuberculiniques sont maintenant négatives.

La biopsie cutanée, enfin, ne révèle qu'un aspect inflammatoire sans aucune spécificité.

EVOLUTION.

Du 1er au 17 Juin, la malade est traitée par la Tétracycline (1 g. par jour) sans aucune influence appréciable. Le 18 Juin, le traitement est complété par l'adjonction de 40 mg de Cortancyl. Dès le lendemain, la courbe thermique est au-dessous de 37° et les arthralgies ont totalement disparu. Le Cortancyl sera continué à doses progressivement décroissantes, et, mise à part la persistance de l'image radiologique médiastinale, on pourrait croire à une guérison complète. La vitesse de sédimentation est alors tombée à 11 - 27 - 68.

Le 15 Septembre, après trois mois et demi de traitement, le Cortancyl est arrêté. Vers la fin du mois, réapparaissent des douleurs articulaires et musculaires qui vont croissant au cours du mois d'Octobre, et, le 30 Octobre, correspondant à une exacerbation nette du syndrome douloureux, la fièvre réapparaît, la vitesse de sédimentation est alors à 25 - 52 - 100. Le Cortancyl est repris à la dose de 15 mg par jour et, en 24 heures, l'état clinique revient à la normale.

En Décembre, les radiographies montrent une régression encore incomplète de l'image médiastinale, la vitesse de sédimentation est à 1 - 4 - 46. Le traitement est poursuivi à la même dose jusqu'au 1er Mars 1960.

Puis, la dose de Cortancyl est diminuée milligramme par milligramme, jusqu'à l'arrêt complet de tout traitement le 1er Juillet 1960.

Depuis le 15 Mai 1960, des clichés thoraciques ont montré la disparition totale des images médiastinales. Le 15 Septembre 1960, avec deux mois et demi de recul, la malade nous écrit se porter parfaitement bien; la guérison semble maintenant définitive (une nouvelle grossesse débute).

OBSERVATIONS COLLATIONNEES DANS LA LITTERATURE FRANCAISE ET ETRANGERE

En dehors des observations que nous venons de présenter, l'étude de la littérature, sur ce sujet, nous a permis de regrouper diverses observations analogues d'adénopathies médiastinales fébriles, avec ou sans manifestations cutanées.

Nous allons les citer dans l'ordre chronologique de leurs publications.

LOFGREN (1946) : 10 observations.

6) Observation N° 132.

Il s'agit d'une femme de 34 ans, chez laquelle, en 1941, une radiographie thoracique était strictement normale. Le 4 Février 1943, elle présente un érythème noueux fébrile. Le 5 Mars 1943, apparition d'arthralgies assez importantes, et une radiographie pulmonaire révèle une adénopathie hilaire bilatérale avec une petite image parenchymateuse mal définie. L'intra-dermo réaction à la tuberculine est plus ou moins positive. La recherche de streptocoques dans la gorge est négative, ainsi que les hémocultures. La recherche de bacilles de Koch aux tubages est négative. La vitesse de sédimentation, qui était de 25 à la quatrième semaine, passe successivement à 40 au cours de la cinquième semaine, puis à 13 lors du quatrième mois; enfin, au neuvième mois, elle est à 6. Durant ce même laps de temps, les différentes radiographies pulmonaires pratiquées montrent une légère augmentation jusqu'à la onzième semaine, puis une diminution progressive jusqu'au neuvième mois.

Lors de la publication, la stabilisation dure depuis deux ans et demi.

7) Observation N° 142.

Il s'agit d'une femme de 36 ans, qui, le 1er Décembre 1943, consulte pour une toux et des arthralgies. Le 8 Décembre 1943 apparait un érythème noueux, le 10 de ce mois les arthralgies ont augmenté d'intensité, et l'on trouve à la radiographie pulmonaire une adénopathie hilaire bilatérale. A ce moment, la cuti-réaction à la tuberculine est faiblement positive, les hémocultures, négatives. Dans la gorge, on trouve un streptocoque non hémolytique. Les recherches des bacilles de Koch sont négatives. Durant la première semaine, la vitesse de sédimentation est à 24, le taux des antistreptolysines est à 160 U ; au cours de la deuxième semaine, la vitesse de sédimentation est à 22, le taux des antistreptolysines est à 210; enfin, à la sixième semaine, la vitesse de sédimentation est à 14.

Au point de vue radiographique, la régression des images s'effectue à partir de la cinquième semaine, se continue au sixième mois, et, depuis 18 mois, les images sont stationnaires. On signale une amygdalite au cours de cette période, avec un taux d'antistreptolysines à 140.

8) Observation N° 153.

Il s'agit d'une femme de 27 ans, dans les antécédents de laquelle on retrouve, en 1937 des maux de gorge avec otite et mastoïdite, ainsi qu'une polyarthrite.

En Février 1944, lors d'un accouchement, la radiographie pulmonaire est normale. Le 10 Juin 1944, la malade se plaint de fatigue qui s'accompagne d'une fièvre légère, et, le 16 Juin 1944, la cuti-réaction à la tuberculine est faiblement positive, il n'existe pas d'arthralgies; on retrouve dans la gorge du

streptocoque hémolytique. La radiographie pulmonaire montre une adénopathie hilaire bilatérale; il n'y a pas de bacille de Koch aux tubages. Pendant la première semaine, la vitesse de sédimentation est à 84, le taux des antistreptolysines à 20 U. Lors de la deuxième semaine, la vitesse de sédimentation est à 94; mais à la septième semaine, elle n'est plus que de 13, le taux des antistreptolysines est alors à 210 et il se maintiendra oscillant entre 125 et 200. Du point de vue radiographique, la régression des images hilaires s'ébauche à la cinquième semaine; à la onzième semaine elle est stable. Au neuvième mois, la régression a commencé.

En 1946, la situation est étale.

9) Observation N° 159 -

Il s'agit d'une femme de 27 ans, qui, le 28 Février 1944, présente une myalgie fébrile, suivie, le 7 Mars 1944, d'un érythème noueux. Il n'y a pas d'arthralgie. La recherche de streptocoque est négative, tant par hémocultures que dans les prélèvements pharyngés; l'intra-dermo-réaction à la tuberculine est négative, elle devient faiblement positive à 1 mg. A la radiographie pulmonaire, on trouve des adénopathies médiastinales bilatérales, la recherche de bacille de Koch est négative. Au cours de l'évolution, la vitesse de sédimentation sera successivement de 71 à la première semaine, 106 à la deuxième semaine, 113 à la septième semaine, puis, à partir de la onzième semaine à 52, et à la treizième semaine, elle est à 9 et s'y maintiendra. Pendant toute l'évolution, le taux des antistreptolysines restera à 38 unités. Les contrôles radiographiques montrent peu de changement à la troisième semaine, une nette diminution au neuvième mois, et, au bout de deux ans, les images ne se sont que peu modifiées.

10) Observation N° 160 -

Il s'agit d'un homme de 40 ans, qui, en Mars 1944, présente un érythème noueux s'accompagnant d'arthralgies assez importantes. Il existe une adénopathie hilaire bilatérale. Les hémocultures sont négatives, l'intra-dermo-réaction à la tuberculine est négative, très faiblement positive à 1 mg, il n'y a pas de bacille de Koch aux tubages, seule la recherche de streptocoques dans la gorge est positive. La vitesse de sédimentation est, à la deuxième semaine, de 93, et de 13 au quatrième mois. Le taux des antistreptolysines est à 21 U au début de la maladie, et s'y maintiendra. Du point de vue radiographique, à la cinquième semaine, on note une augmentation des adénopathies hilaires, l'image reste inchangée à la treizième semaine; mais au bout de 18 mois on constate une régression très nette.

Il faut noter qu'au cours de l'évoluti une infection péridentaire s'est manifestée.

11) Observation N° 166 -

Il s'agit d'une femme de 23 ans, dans les antécédents de laquelle on retrouve, en 192 une amygdalectomie, et en Mars 1942 des douleurs dentaires suivies d'avulsion. Le 7 Janvier 1943, elle présente des arthralgies s'accompagnant de fièvre. Le 17 Janvier 1943, apparaît un érythème noueux s'accompagnant d'une recrudescence des arthralgies. On trouve, à l'examen radiographique, une adénopathie hilaire bilatérale. Les hémocultures sont négatives, ainsi que l'intra-dermo-réaction à la tuberculine et la recherche de bacilles de Koch aux tubages. La recherche de streptocoques dans la gorge est positive. La vitesse de sédimentation sera de 25 à la deuxième semaine, de 116 à la cinquième semaine, puis de 13 au quatrième mois. Le taux des antistreptolysines, tout

d'abord à 250 U, ne sera plus que de 120 U lors de la cinquième semaine et se maintiendra à ce chiffre. Du point de vue radiographique, les images médiastinales augmenteront jusqu'à la sixième semaine, puis diminueront régulièrement à partir de la onzième semaine.

Au bout de deux ans, la maladie est stabilisée. Une intra-dermo-réaction à la tuberculine à 1 mg demeure toujours négative.

12) Observation N° 172 -

Une femme de 34 ans présente fréquemment des angines. Le 31 Octobre 1943 apparaît un érythème noueux; cette éruption avait été précédée, 10 jours auparavant, d'une angine. Il existe de petites arthralgies, et l'examen radiographique montre une adénopathie hilaire bilatérale. L'intra-dermo-réaction à la tuberculine est négative. La recherche de streptocoques hémolytiques et de bacilles de Koch est négative. La vitesse de sédimentation est de 22 la première semaine, de 64 lors de la deuxième semaine, et de 6 à la neuvième semaine. A la deuxième semaine, le taux des antistreptolysines est à 160, il oscillera, par la suite, entre 160 et 280. Les images radiologiques augmentent jusqu'à la sixième semaine, puis elles diminueront à partir de la onzième semaine. Son état est stable depuis 3 ans, et l'intra-dermo-réaction tuberculinique est négative.

13) Observation N° 174 -

Il s'agit d'une femme de 24 ans. Au mois d'Août 1943, l'image radiologique pulmonaire était normale. Le 18 Janvier 1944, elle présente un gonflement articulaire, suivi, le lendemain, d'un érythème noueux

et d'arthralgies. On retrouve une adénopathie médiastinale bilatérale; l'intra-dermo-réaction à la tuberculine, la recherche de streptocoques et de bacilles de Koch sont négatives. La vitesse de sédimentation est de 24 à la première semaine, de 12 à la treizième semaine. Le taux des antistreptolysines est à 30 U.

Du point de vue radiologique, l'image des adénopathies médiastinales augmente jusqu'à la huitième semaine, diminuant régulièrement à partir de la treizième semaine, puis se stabilisant.

Une intra-dermo-réaction à la tuberculine à 1 mg demeure négative.

14) Observation N° 176 -

Il s'agit d'une femme de 31 ans chez laquelle, lors d'un accouchement en Août 1943, l'examen clinique et radiologique était strictement normal. Le 25 Mars 1944, elle se plaint d'asthénie, et le 2 Avril de la même année, apparaît un érythème noueux s'accompagnant d'arthralgies assez importantes et d'une adénopathie médiastinale bilatérale. L'intra-dermo réaction tuberculinique est négative, ainsi que la recherche de bacilles de Koch. La recherche de streptocoque est douteuse. La vitesse de sédimentation sera successivement de 54 à la deuxième semaine, 90 à la cinquième semaine, de 30 à la treizième semaine, puis restera à 17. Le taux des antistreptolysines est aux alentours de 67 U. Du point de vue radiologique, les images restent stationnaires jusqu'au cinquième mois, puis régressent progressivement.

15) Observation N° 184 -

C'est une femme de 35 ans, chez laquelle apparaît, en Octobre 1944, un érythème noueux s'accompagnant d'un érythème polymorphe phlycténulaire et d'arthralgies. Il existe une adénopathie médiastinale bilatérale, ainsi qu'une image parenchymateuse indéterminée. L'intradermo-réaction à la tuberculine est négative, les hémocultures sont négatives; il n'y a pas de bacille de Koch aux tubages. Durant l'évolution, la vitesse de sédimentation est à 93 lors de la deuxième semaine, à 120 à la quatrième semaine, elle n'est que de 36 à la onzième semaine, mais la malade n'a pas été revue depuis. Le taux des antistreptolysines est de 380 à la deuxième semaine et de 280 à la onsième semaine. Au point de vue radiologique, on notait une régression progressive à la neuvième semaine.

MIDDELWISS, BUTZ (1949), dont nous rapporterons un malade sur 129 cas d'images médiastino-pulmonaires.

16) Il s'agit d'un cas présentant une adénopathie médiastinale bilatérale. Un homme de 31 ans consulte pour un érythème noueux s'accompagnant d'une angine, d'une asthénie, de fièvre durant depuis 3 jours et de douleurs articulaires. La vitesse de sédimentation était à 70 à la première heure. L'intra-dermo-réaction à la tuberculine était positive au 1/10.000. Au cours des six mois qui suivirent l'établissement de ce syndrome, on put remarquer une diminution des adénopathies médiastinales. Depuis, il n'y a eu aucune rechute et le malade se porte bien.

JOHNSON, HANSON et GOOD (1951)

17) Observation N° 1 -

Il s'agit d'une femme de 38 ans, amenée à consulter pour une fièvre oscillant entre 37° 5 et 39°, s'accompagnant d'une sensation de malaise, d'asthénie, de nausées, de diarrhées, de douleurs articulaires et d'une éruption nodulaire sur les jambes. Cet état dure depuis trois semaines.

Dans ses antécédents, on retrouve un cancinome du sein, opéré en Décembre 1948.

Au cours des examens para-cliniques, on retrouve une vitesse de sédimentation à 45 à la première heure; la formule sanguine montre 3.500.000 globules rouges et 7.700 leucocytes. Les tests tuberculiniques sont négatifs, ainsi que les hémocultures. Le taux des protides sanguins est à 65 g/l, la sérum-albumine à 42, la sérum-globuline à 22.

Du point de vue radiographique, une radiographie pulmonaire qui, en Avril 1948, montrait une adénopathie médiastinale bilatérale, est absolument normale en Août de la même année

18) Observation N° 2 -

Il s'agit d'un homme de 61 ans qui présente, outre une température à 38°5 - 40°, une sensation de malaise avec céphalées, de la toux, et des douleurs articulaires, ainsi qu'une éruption nodulaire sur les jambes. La durée de ces symptomes cliniques est de deux semaines.

La vitesse de sédimentation est de 112 à la première heure et la numération sanguine montre 6.900.000 globules rouges. Les tests

tuberculiniques, la recherche de la brucellose, de la typhoïde, de la coccidioïdomycose sont négatifs ainsi que les hémocultures pratiquées. Le liquide céphalo-rachidien est normal. Le taux de protides est à 65 g/l, la sérum-albumine à 38, la sérum-globuline à 27.

Du point de vue radiographique, les examens pulmonaires qui, en Février 1948, montraient une adénopathie médiastinale bilatérale, sont redevenus normaux.

19) Observation N° 3 -

Il s'agit d'une femme de 42 ans, qui présente une douleur avec oedème des chevilles, ainsi qu'un érythème noueux des jambes. La température est à 38°. L'évolution de ce syndrome dure deux mois. La vitesse de sédimentation est à 47 à la première heure. L'adénopathie médiastinale bilatérale, qui avait été retrouvée en Janvier 1948 par des examens radiographiques pulmonaires, a totalement disparu en Septembre 1949.

20) Observation N° 4 -

Il s'agit d'une femme de 50 ans qui présente, outre une fièvre, des douleurs articulaires avec oedème des chevilles, une éruption nodulaire sur les jambes, et de la toux. La guérison de ces signes cliniques se fait en un mois.

La vitesse de sédimentation est à 76 à la première heure et la numération est normale.

La recherche de la brucellose, la réaction de Blood-Sucar, les hémocultures sont négatives. Les protides sanguins sont à 71 g/l et le rapport A/G est de 1,81, le calcium à 103 mg/l et l'acide urique à 45 mg/l.

Constatée en Février 1946, l'adénopathie médiastinale bilatérale a complètement régressé un mois après.

21) Observation N° 5 -

C'est une malade de 48 ans qui consulte pour une fièvre à 39°5, accompagnée de douleurs articulaires et d'érythème noueux siégeant au niveau des bras et des jambes.

La vitesse de sédimentation est de 64 à la première heure et à la numération sanguine on retrouve 10.600 globules blancs. Les hémocultures sont négatives. L'évolution se fait vers la guérison en un mois.

En Septembre 1945, une radiographie pulmonaire avait montré une adénopathie médiastinale bilatérale.

22) Observation N° 6 -

C'est une femme de 60 ans qui présente une température à 38° accompagnée d'un érythème noueux sur les jambes et d'un léger oedème des chevilles.

La vitesse de sédimentation est à 118 à la première heure, le taux des globules blancs est à 6.400. Les hémocultures sont négatives.

Une radiographie pulmonaire avait montré une adénopathie médiastinale bilatérale.

Le retour à la normale de tous ces signes cliniques s'est effectué en trois mois.

23) Observation N° 7 -

Il s'agit d'un homme de 56 ans qui présente une température à 38°, accompagnant des douleurs articulaires, ainsi qu'une augmentation de volume des jambes et des chevilles. Dans ses antécédents, on retrouve une angine récente.

La vitesse de sédimentation est à 66 à la première heure; il y a 9.900 globules blancs à la numération sanguine. Les recherches de la brucellose, de la typhoïde, de la coccidioïdomycose, de la blastomycose, et de la tuberculose sont négatives.

La radiographie pulmonaire qui, en Avril 1948, montrait des images d'adénopathie médiastinale bilatérale, est inchangée en Septembre 1948.

24) Observation N° 8 -

Il s'agit d'une femme de 52 ans qui présente des douleurs articulaires, une conjonctivite, une éruption nodulaire des jambes et une fièvre à 38°.

La vitesse de sédimentation est à 110 à la première heure, le chiffre des globules blancs à 11.200, les hémocultures sont négatives.

En Juin 1945, on avait retrouvé des images d'adénopathie médiastinale bilatérale.

25) Observation N° 9 -

Une femme de 46 ans présente un érythème noueux au niveau des jambes, s'accompagnant de douleurs articulaires et d'une température à 38°.

La vitesse de sédimentation est à 58 à la première heure, la numération sanguine révèle 8.500 globules blancs. La radiographie pulmonaire montre des adénopathies médiastinales bilatérales.

Le retour à la normale s'est effectué en un mois.

DUNER et de HENNOND, à propos de 6 cas publiés en 1952.

26) Observation N° 1 -

Il s'agit d'une femme de 26 ans, qui, fin Mai 1951, présente un érythème noueux typique, ne s'accompagnant d'aucun signe clinique pulmonaire; l'intra-dermo-réaction à la tuberculine était positive au 1/100.

Un examen radiographique pulmonaire, pratiqué au cours du mois de Juillet de la même année, révèle une adénopathie médiastinale bilatérale, dont la résolution fut progressive. Un cliché de contrôle pratiqué en Septembre 1958 a montré une image thoracique normale.

27) Observation N° 2 -

C'est toujours une femme de 26 ans qui, en Février 1949, présente, au milieu d'un syndrome infectieux d'allure grippale, un érythème noueux typique.

L'intra-dermo-réaction à la tuberculine est positive au 1/1.000. Il n'existe aucun signe clinique pulmonaire.

Cependant, à la même époque, une radiographie du thorax met en évidence une adénopathie médiastinale bilatérale, dont on enregistrera la disparition progressive. En Octobre 1958, une nouvelle radiographie thoracique sera strictement normale.

28) Observation N° 3 -

Il s'agit d'une femme de 28 ans, qui, en Décembre 1949, présente un érythème noueux. L'intra-dermo-réaction à la tuberculine au 1/100 est positive, il n'existe pas de signe clinique pulmonaire.

En Février 1950, la radiographie pulmonaire montre des images d'adénopathies médiastinales bilatérales. Ces images sont redevenues normales en Juillet 1950.

29) Observation N° 4 -

Une femme de 28 ans présente :

- en Janvier 1950, des douleurs musculaires allant en s'intensifiant,
- en Mars Avril 1950 apparaît un érythème noueux accompagné d'arthralgies et d'une fièvre légère. A cette époque, l'intra-dermo-réaction à la tuberculine est négative. La

vitesse de sédimentation est à 60 à la première heure,

- en Avril 1950, on trouve une adénopathie médiastinale bilatérale,
- en Mai 1950, on fait une avulsion dentaire pour abcès, et la culture montre à ce niveau du streptocoque viridans,
- en Septembre 1950, on doit pratiquer une amygdalectomie, et la culture retrouve du streptocoque viridans,
- en fin Septembre, on note une résolution complète de tous les signes.

La recherche du taux des antistreptolysines n'est pas mentionnée.

30) Observation N° 6 -

Il s'agit d'une femme de 27 ans qui présente, en Février 1954, des arthralgies atteignant successivement les poignets, les coudes, les genoux, les chevilles et durant 10 jours; en même temps, est apparu un érythème noueux.

Dans les antécédents, on retrouve des angines à répétition, et un prélèvement aurait permis de retrouver du streptocoque hémolytique. L'intra-dermo-réaction à la tuberculine au 1/10.000 est positive. La radiographie met en évidence une adénopathie médiastinale bilatérale.

Comme les précédentes, l'évolution sera bénigne et l'on assistera à la régression des images radiologiques et des signes cliniques.

GERNEZ-RIEUX C. - GOUDEMAND M. - SAVINEL E. -
MEREAU J. - VOISIN C. - : une observation.

31)

H.... René est âgé de 33 ans et consulte pour une conjonctivite bilatérale banale s'accompagnant d'asthénie et de quelques myalgies depuis plusieurs semaines.

Le 12 Octobre 1953, apparaît une arthrite aiguë tibio-tarsienne bilatérale, s'accompagnant d'une atteinte de l'état général et d'une fièvre à 39°. Ces arthralgies s'étendent successivement aux poignets, aux coudes et aux genoux ; de plus, on retrouve une nouure érythémateuse à la face externe du tibia gauche.

Le 25 Octobre 1953, la radiographie pulmonaire met en évidence une adénopathie médiastinale bilatérale volumineuse. A ce moment, la cuti-réaction tuberculinique est négative. Un traitement par l'Auréomycine, la Pénicilline et la Streptomycine reste sans effet. La température reste à 40°, les arthralgies atteignent toutes les articulations et on note des éléments cutanés du type érythème polymorphe.

Le 2 Novembre 1953, on note une diminution et une régression de l'érythème, des arthralgies et de la température qui revient à la normale, seule persiste une kérato-conjonctivite, non phlycténulaire. Tous les autres signes cliniques sont normaux. Mais la radiographie pulmonaire montre la persistance des adénopathies médiastinales.

La numération formule sanguine est normale. On ne retrouve pas de bacille de Koch aux tubages. Le Bordet-Wassermann, la recherche d'agglutinines froides, du streptocoque, les réactions à l'ornithose et à la fièvre Q sont négatives.

Le 11 Décembre 1953, les adénopathies médiastinales persistent, ainsi que l'asthénie. La cuti-réaction tuberculinique est négative, ainsi que les intra-dermo-réactions tuberculiniques à 10 et 50 U.

En Janvier 1954, le malade va bien, mais ce n'est qu'en Mars 1954 que l'on note la disparition des images radiologiques.

KOURILSKY, DECROIX, ROBINEAU (1954) : une observati

32)

Il s'agit d'un homme de 25 ans. Le début de la maladie se situe en Mai 1953, par une asthénie accompagnant une fièvre oscillant entre 38° et 38°5 et d'une toux. La radiographie montre une adénopathie médiastinale.

On note un amaigrissement de 2 Kgs environ.

Hospitalisé, la température oscille autour de 38°, tous les examens cliniques sont normaux; seule, la radiographie pulmonaire montre une adénopathie médiastinale bilatérale symétrique, et, dans le parenchyme, une image réticulo-micronodulaire bilatérale. Une radiographie pulmonaire pratiquée 18 mois auparavant était normale.

La cuti-réaction tuberculinique est faiblement positive; seule, une intra-dermo réaction à la tuberculine à 50 U sera nettement positive. La recherche de bacilles de Koch aux tubages est négative.

La numération formule sanguine montre 4.500.000 globules rouges, et 15.400 globules blancs, dont : 48% de mononucléaires, 48% de polynucléaires neutrophiles et 3% d'éosinophiles. Au culot urinaire, on retrouve 0,15 g. d'albumine, quelques hématies et des cylindres hyalins. L'urée est à 1,20 g., les protides sanguins à 85,5 g/l.

L'examen oculaire révèle une épisclérite avec une légère décoloration du segment temporal de la papille.

Une bronchoscopie montre un aspect inflammatoire banal de la muqueuse.

Le 30 Mai, le bilan rénal est normal, les radiographies pulmonaires sont sans changement.

La numération formule sanguine régulièrement poursuivie les 2 Mai, 30 Mai, 19 Juin et 22 Juillet, montre une diminution des éléments blancs qui passent de 15.000 à 8.000, les polynucléaires neutrophiles diminuent lentement, mais les éosinophiles sont successivement à 3%, 6%, 4% et 10%.

Au début du mois de Juillet, on décèle une adénopathie axillaire gauche, la biopsie ne montre ni granulose, ni nécrose, ni cellule géante, mais un aspect inflammatoire banal.

En Août 1953, la guérison clinique est complète, la guérison radiologique n'est constatée qu'en Janvier 1954.

Toutes les recherches étiologiques furent négatives, en particulier par les réactions de Paul et Bunnel, la recherche d'agglutinines froides et la recherche de l'ornithose.

. Mme ROUX-BERGER, HAUTEFEUILLE, TEYSSIER et BIDOU (1955) : à propos de 19 cas.

Les 4 premières observations comporte un examen anatomo-pathologique d'un ganglion superficiel concomitant.

33) Observation N° 1 -

Il s'agit d'un jeune homme de 29 ans, qui, en Septembre 1940, constate un amaigrissement, une asthénie et une fièvre aux alentours de 38°. La radiographie pulmonaire faite à cette époque montre une adénopathie médiastinale bilatérale qui fait porter le diagnostic de maladie de Hodgkin. La cuti-réaction à la tuberculine est négative, l'éosinophilie est à 3%.

Un ganglion périphérique axillaire perceptible est biopsié. Il montre, à l'examen anatomo-pathologique, des follicules épithélio avec des cellules géantes multinuclées, une coque fibreuse dense et épaisse.

On doute, mais le diagnostic de maladie de Hodgkin à forme médiastinale est porté. On entreprend un traitement par radiothérapie profonde du 10.9.40 au 17.2.41.

En Janvier 1941, on constate une diminution des masses médiastinales.

En Juin 1941, les adénopathies médiastinales réapparaissent et une nouvelle série d'irradiations jusqu'au 10 Juillet 1941 n'amène aucun effet.

Ces adénopathies régressent d'Août 1941 à Décembre 1941.

La cuti-réaction à la tuberculine est douteuse, elle n'est franchement positive qu'en Janvier 1948, réaction phlycténulaire, sans aucune autre manifestation clinique.

Ce malade est revu au début de l'année 1955, l'image thoracique est normale, l'état général parfait.

34) Observation N° 6 -

C'est une femme de 29 ans, qui, le 25 Mai 1950, présente une asthénie et un amaigrissement avec un état subfébrile. Il y aurait eu une possibilité de contage par une amie atteinte de tuberculose pulmonaire.

La radiographie montre une adénopathie médiastinale bilatérale, les champs pulmonaires sont normaux.

La cuti-réaction et l'intra-dermo-réaction tuberculiniques à 50 U sont négatives ; on ne retrouve pas de bacille de Koch aux tubages. La vitesse de sédimentation est légèrement accélérée, la numération formule sanguine normale.

Le traitement comprend, outre le repos : de la Streptomycine jusqu'à la dose de 20 g.

Le 24 Juin 1950, les images hilaires gauches ont légèrement diminué, la cuti-réaction à la tuberculine est douteuse, on reprend un traitement de 20 g. de Streptomycine.

Le 29 Juillet 1950, les adénopathies sont toujours en régression, mais la cuti-réaction tuberculinique est négative.

Le 28 Septembre 1950, il n'existe que des séquelles radiologiques des adénopathies.

Le 26 Octobre 1950, une intra-dermo réaction à la tuberculine au 1/100 est négative, de même qu'une cuti-réaction et une intra-dermo réaction tuberculiniques à 50 U pratiquées le 20 Septembre 1951. D'autre part, des contrôles radiologiques effectués au cours des années 1951, 1952, 1953 ont toujours montré une image thoracique normale; pendant cette même période, l'état général est resté excellent.

Les deux cas suivants sont plus douteux, ils débutent par un érythème noueux fébrile, et les réactions tuberculiniques sont retardées.

35) Observation N° 8 -

Un homme de 35 ans présente, le 1er Avril 1950, un érythème noueux fébrile s'accompagnant de douleurs articulaires et d'une fièvre oscillant entre 37°5 et 38°.

La vitesse de sédimentation est de 46 à la première heure, la cuti-réaction et l'intra-dermo-réaction tuberculiniques au 1/100 sont négatives.

A la radiographie pulmonaire, on trouve une adénopathie médiastinale bilatérale. La recherche de bacilles de Koch aux tubages est négative.

Le 11 Avril 1950, la température est à 38°5, l'érythème noueux et les arthralgies persistent, une intra-dermo-réaction tuberculinique à 3 U est négative.

Le malade est admis à Bichat le 2 Juillet 1950, où l'on met en oeuvre un traitement par la Streptomycine jusqu'à la dose totale de 40 g. La température se normalise au 7ème jour; mais, dès le 3 Juillet 1950, sans aucune modification des images radiologiques, la cutiréaction à la tuberculine était devenue positive.

Après le traitement, le malade est mis au repos jusqu'au mois d'Octobre 1950, et, à cette époque, on constate une disparition des adénopathies et la persistance d'une cutiréaction tuberculinique positive, éléments qui seront retrouvés en 1953.

36) Observation N° 9 -

Il s'agit d'une jeune femme de 32 ans qui, le 20 Février 1949, présente un érythème noueux fébrile. Une radiographie pulmonaire, pratiquée le 9 Avril 1949, révèle une adénopathie médiastinale bilatérale. La cuti-réaction tuberculinique est négative, l'éosinophilie sanguine est à 12%.

Le 12 Mai 1949, les images radiologiques ont le même aspect.

Mais, le 1er Septembre 1949, si on note sur les clichés une régression des adénopathies médiastinales, on trouve un petit infiltrat

sous-claviculaire et la cuti-réaction tuberculinique est, à ce moment, positive.

Au mois de Mars 1950, l'image thoracique est normale, on note, cependant, des troubles psychiques qui ont motivé une hospitalisation de deux mois.

Revue en 1955, l'état général est satisfaisant, les troubles psychiques sont stationnaires.

37) Observation N° 13 -

Il s'agit d'une femme de 34 ans, qui n'a jamais eu de test tuberculinique.

Le 3 Mai 1947, elle présente une angine, puis de la toux pendant une semaine, s'accompagnant d'un état subfébrile. La radiographie montre des images d'adénopathies médiastinales bilatérales, ainsi que deux calcifications coraliformes dans les champs pulmonaires. Le reste de l'examen clinique est négatif.

La cuti-réaction et l'intra-dermo-réaction tuberculiniques au 1/100 sont négatives, ainsi que la réaction de Paul et Bunnel. La numération formule sanguine est normale.

Le 17 Juillet 1947, les adénopathies médiastinales sont encore retrouvées, et la cuti-réaction à la tuberculine demeure négative.

Le 13 Septembre 1947, la vitesse de sédimentation est normale. Les intra-dermo-réactions tuberculiniques au 1/1000 sont négatives, douteuses au 1/100. Le tubage ne montre pas de bacille de Koch. Mais, à la radiographie pulmonaire, si l'on constate une diminution des masses médiastinales, on trouve dans les champs pulmonaires un

réseau fin et serré.

Le 11 Décembre 1947, les images ganglio-pulmonaires sont en régression, la cutiréaction à la tuberculine est négative et l'on accorde la reprise du travail.

En Octobre 1949, radiologiquement, on constate un reliquat de l'image réticulée, mais la cuti-réaction tuberculinique est devenue positive.

Cette malade, revue en Octobre 1950 et en Juillet 1951, présentait une image thoracique normale, la cuti-réaction à la tuberculine était toujours positive.

L. PEVOL, J. MAITREPIERRE et GAUTHIER (1956) :

2 observations.

38) Observation N° 1 -

Entre le 1er et le 8 Mai 1955, un homme de 29 ans, présente une angine suivie d'arthralgies fébriles avec érythème noueux, et l'on retrouve à l'examen radiographique, une adénopathie médiastinale bilatérale.

On n'a pas la notion de cuti-réaction tuberculinique antérieure, mais, dans les antécédents, on trouve, au début du mois d'Avril 1955, une staphylococcie cutanée traitée par radiothérapie.

Le début de la maladie est marquée, le 25 Avril 1955 par une angine rouge accompagnée

d'arthralgies aux genoux, chevilles et coudes, puis d'un érythème circonscrit. La température est alors à 38°. Un traitement : Pénicilline 200.000 U pendant 4 jours et Salicylate de Soude à raison de 9 g. par jour, pendant cinq jours, calme les douleurs, mais reste sans action sur la fièvre et l'érythème.

Le malade est hospitalisé le 8 Mai 1955. A son entrée, la température est à 38°. On note une douleur à la mobilisation des articulations tibio-tsarsiennes, la gorge est un peu rouge, le reste de l'examen clinique est négatif.

Des radiographies et des tomographies thoraciques montrent une adénopathie médiastinale bilatérale et un discret réticule périhilaire qui aurait déjà été observé en 1948.

La cuti-réaction et l'intra-dermo-réaction tuberculiniques sont négatives, la vitesse de sédimentation à 50%.

Normaux sont les examens des urines, sérologiques, de l'urée sanguine, de la prothrombinémie, l'électro-cardiogramme et le fond d'oeil.

L'éosinophilie est à 18%.

Dans la gorge on retrouve du staphylocoque et du streptocoque qui n'est ni hémolytique, ni viridans.

Le taux des antistreptokinases est normal, le taux des antihyaluronidases à 10.080, les antistreptolysines à 60 U. Le fibrinogène est à 8 g. par litre.

La recherche des agglutinines froides, de la réaction de Hirst, de Paul et Bunnel,

les séro-diagnostics des leptospiroses, de la typhoïde, des salmonelloses, de la mélitococcie et de la dysenterie sont négatives.

L'électrophorèse montre une augmentation passagère des gamma-globulines.

On institue un traitement salicylé à raison de 5 g. par jour. On constate une défervescence partielle, la température se maintient à 37°5, et la vitesse de sédimentation est à 35%. Puis, on donne ensuite de la Cortisone à la dose de 200 mg par jour, pendant 13 jours, et de l'A.C.T.H. pendant 2 jours.

L'état général s'améliore rapidement, la température redevient normale, la vitesse de sédimentation est à 15%, l'érythème noueux a disparu et les images radiologiques disparaissent. La cuti-réaction à la tuberculine reste négative.

Ce malade, revu en Janvier 1956, va bien, malgré un anthrax récent; la radiographie pulmonaire est normale, la cuti-réaction tuberculinique négative, et la vitesse de sédimentation à 8%.

9) Observation N° 2 -

Il s'agit d'une femme de 46 ans qui a présenté un érythème polymorphe fébrile avec une adénopathie médiastinale bilatérale. La maladie débute à la fin du mois 1955, par un abcès amygdalien, s'accompagnant d'une gonalgie gauche. Le tout rétrocède en 15 jours.

Le 1er Novembre 1955, survient une douleur crurale bilatérale avec une fièvre à 39°. Elle est alors hospitalisée à Aubenas, où l'on trouve une adénopathie médiastinale bilatérale. Un traitement associant Pénicilline, Tétracycline, se solde par un échec.

La malade est transférée à Paris. A son arrivée, la température oscille entre 38°5 et 39°, un érythème polymorphe est retrouvé, la gorge est un peu rouge, le reste de l'examen clinique est négatif.

Les radiographies et tomographies pulmonaires montrent une adénopathie médiastinale trachéo-latérale basse. La cuti-réaction et l'intra-dermo-réaction tuberculiniques au 1/100 sont négatives. La vitesse de sédimentation est à 60%.

L'étude des urines, de l'urée sanguine, de l'hémogramme, des réactions sérologiques de la syphilis, de l'électrocardiogramme est normale.

L'étude du myélogramme montre des foyer plasmocytaires.

Au fond d'oeil, on trouve une rétinite discrète.

Les hémocultures sont stériles, et les prélèvements de gorge montrent un staphylocoque non pathologique et du pneumocoque.

Les antistreptokinases sont normales, les antihyaluronidases sont à 6.000 Y, les antistreptolysines à 50 U.

Toutes les recherches, agglutinines froides, anti-gallus, streptocoque M.G., ornithose, psittacose, fièvre Q, Hirst, Paul et Bunnel, les séro-diagnostics de la leptospirose, de la mélitococcie, de la typhoïde, sont normaux.

L'électrophorèse montre une augmentatio des alpha-2 et une légère augmentation des gamma-globulines.

Le traitement consiste en Streptomycine 1 g par jour, pendant un mois, et Cortisone 100 mg par jour pendant la même période.

Sous l'influence de ce traitement, l'état général se répare, la température cède en 48 h., la vitesse de sédimentation est à 20% en quelques jours. Mais, si l'érythème polymorphe a disparu, les adénopathies médiastinales n'ont que peu régressé. La sortie est autorisée le 22 Décembre 1955, sans aucun traitement.

Cette malade est revue le 23 Janvier 1956, elle est apyrétique, son état général est satisfaisant, il n'y a pas d'érythème, elle signale, cependant, des céphalées et une dyspnée légère. La vitesse de sédimentation est à 25%, la cuti-réaction et l'intradermo-réaction tuberculiniques à 50 U sont négatives. Les examens radiographiques montrent une nette régression des adénopathies médiastinales.

On lui donne un traitement comprenant : Métacortandracine 15 mg, et Isoniazide jusqu'en Mars 1956.

A cette époque, on note une reprise de poids, la vitesse de sédimentation est à 18%, une radioscopie thoracique est normale.

Ce même examen est normal au mois de Mai 1956.

Thèse de DUPLAY (1956) : 4 observations.

40) Observation N° 12 -

Il s'agit d'une femme de 25 ans, chez laquelle une intra-dermo-réaction à la tuberculine a été positive à l'âge de 16 ans.

En Mars 1954, apparaît un érythème noueux s'accompagnant d'asthénie et d'amaigrissement.

En Avril 1954, on trouve une adénopathie médiastinale bilatérale sans image parenchymateuse, et, à ce moment, l'intra-dermo-réaction tuberculinique est devenue négative. Une bronchoscopie ne montre qu'une muqueuse rouge et oedématiée.

Dès le mois de Juin, on constate une régression des images médiastinales, et, en Septembre 1954, l'image thoracique est normale.

41) Observation N° 19 -

Il s'agit d'un sujet qui, en Avril 1 présente un épisode fébrile avec dyspnée et asthénie. Ce cortège fait découvrir à la radiographie pulmonaire, une adénopathie médiastinale bilatérale, s'accompagnant d'une plage d'opacité sous-claviculaire droite. La cuti-réaction à la tuberculine est négative, mais l'intra-dermo-réaction à la tuberculine à 50 U est positive. Un examen broncho pique montre une légère compression extrinsèq

En Octobre 1953, les images radiologiques sont en nette régression.

En Octobre 1954, ces images médiastinales ont complètement disparu, mais l'opacité parenchymateuse subsiste.

En Mars 1955, l'image thoracique est normale.

42) Observation N° 31 -

Il s'agit d'un jeune homme de 27 ans, qui présente un état subfébrile avec un amaigrissement. De plus, on trouve une parotidite accompagnée d'une uvéite. La cuti-réaction à la tuberculine est négative, la radiographie montre une adénopathie médiastinale bilatérale ainsi qu'une image miliaire des champs pulmonaires.

En Octobre 1948, on constate une diminution des adénopathies médiastinales, mais une persistance de l'image miliaire.

En Novembre 1951, l'image thoracique est normale.

43) Observation N° 39 -

Le malade est âgé de 30 ans et, en Mai 1951, dans un cortège fébrile, on trouve des images d'adénopathies médiastinales bilatérales s'accompagnant d'images micro-nodulaires dans les champs pulmonaires. La cuti-réaction tuberculinique est négative, l'éosinophilie est à 4%.

Au cours du mois de Mai et Juin, ce malade est traité par la Streptomycine.

En Août 1951, on constate une diminution des adénopathies qui disparaissent en Novembre 1951.

En Mars 1953, seules persistent les images parenchymateuses.

BROCARD et CHOFFEL (1957)

44) Une observation.

Il s'agit d'une femme de 27 ans, qui consulte en Février 1956 pour un érythème noueux. Cet épisode a débuté par une angine rouge et des arthralgies intenses, suivies rapidement par une éruption noueuse très importante, siégeant sur les 4 membres, la température est à 39°5.

Cette malade aurait présenté une adénopathie axillaire droite, celle-ci n'est pas retrouvée lors de l'hospitalisation.

A l'examen radiographique, on trouve une adénopathie médiastinale bilatérale, le parenchyme pulmonaire est normal.

Dans ses antécédents, on note une cutiréaction tuberculinique positive et une image thoracique normale en 1954 et en 1955.

Lors de son hospitalisation, la cutiréaction est banalement positive, la vitesse de sédimentation est de 40 - 67 - 105. Il y a 6.500 globules blancs, dont 81% de polynucléaires neutrophiles; à l'électrophorèse on constate une augmentation des alpha-2 et des gamma-globulines.

La bronchoscopie montre une rougeur diffuse, mais la biopsie ne révèle qu'un aspect inflammatoire banal.

Il n'y a pas de bacilles de Koch aux tubages, la recherche de streptocoque hémolytique dans la gorge est négative, le taux des antistreptolysines est à 880 U.

La température oscille entre 37° et 39°.

Un traitement par la Pénicilline, à raison de 2.000.000 d'unités par jour, reste sans effet, puis, au cinquième jour, alors que la température demeure inchangée, l'érythème noueux diminue d'intensité; à ce moment, on prescrit du Cortancyl à raison de 30 mg par jour.

Quinze jours plus tard, les signes fonctionnels ont considérablement diminué, ainsi que la fièvre, mais les images radiologiques médiastinales sont inchangées.

Un mois après le début de ce syndrome, la radiographie montre l'amorce d'une régression des adénopathies médiastinales.

En Mars, survient une réapparition d'un érythème noueux.

En Avril, les signes radiologiques ont peu diminué, on continue un traitement par le Cortancyl et la Pénicilline ; le taux des antistreptolysines est à 120 U.

En Septembre 1956, l'image thoracique est normale.

A. MEYER, M. RAUGEL, J.L. JULLIEN et

A. NADOLNY (1959)

45)

Il s'agit d'une femme de 23 ans, qui a présenté le 14 Janvier 1958 une température à 38°, accompagnée de sueurs, d'asthénie, d'arthralgies. Un traitement par le Salicylate de Soude amène une régression des symptômes.

Le 24 Janvier 1958, apparaît un érythème noueux, accompagné d'adénopathies médiastinales bilatérales. Le parenchyme est normal. Le reste de l'examen clinique ne montre aucune anomalie.

La cuti-réaction à la tuberculine, qui était positive au début de Janvier 1958, est devenue négative en Février 1958, ainsi que l'intra-dermo-réaction tuberculinique à 50 U. La recherche de bacilles de Koch est négative. La numération formule sanguine montre 11.300 globules blancs, une éosinophilie à 11%, elle sera de 24% le 8 Mars 1958, mais une nouvelle numération formule sanguine sera normale le 26 Mars 1958. La fibrinémie, qui était de 8,95 g/l à l'hôpital corentin Celton, n'est plus qu'à 3,60 g/l lors de son admission à l'hôpital Boucicaut.

Les recherches de streptocoque dans la gorge, dans le sang, dans les urines sont négatives. L'électrophorèse est normale.

La recherche d'histoplasmose, de coccidoïdiomycose, de la lymphoréticulose bénigne est négative.

La bronchoscopie montre une bronche souche droite, d'aspect inflammatoire, mais l'aspiration et la biopsie sont négatives.

Est négatif également, un examen anatomo-pathologique après biopsie pré-scalénique.

Un traitement par le Cortancyl est institué, mais l'image des adénopathies continue à augmenter.

En Mars 1958, apparaissent des images nodulaires des poumons, respectant les sommets et les bases. La température est alors normale, l'état général excellent.

En Juillet 1958, les images ganglionnaires augmentent, et l'on institue un traitement par la delta-cortisone.

En Août 1958, les images ganglionnaires ont diminué, la cuti-réaction à la tuberculine est positive.

Mais, en Décembre 1958, devant une nouvelle augmentation du volume des images ganglionnaires et la réapparition de nodules dans les champs pulmonaires, la renégativation de la cuti-réaction tuberculinique et de l'intra-dermo-réaction tuberculinique à 50 U, on remet en oeuvre un traitement par la Delta-Cortisone qui ramène tout à la normale.

PALEY (Chartres) et J. CHRETIEN (Paris) (1959)

Une observation.

46)

Il s'agit d'un homme de 35 ans, qui est hospitalisé en Avril 1958 pour une polyarthrite fébrile salicylo-résistante.

Dans ses antécédents, on retrouve des angines fréquentes, la dernière une semaine auparavant.

Lors de son admission, outre la fièvre, on retrouve des arthralgies disséminées de type inflammatoire, ainsi qu'un érythème annulaire discoïde de Besnier, et l'on porte le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu. L'examen clinique est strictement normal.

Au Laboratoire, on retrouve 10.600 globules blancs, dont 81% de polynucléaires neutrophiles, et 1% d'éosinophiles. La vitesse de sédimentation est à 85 - 122 - 134; la fibrine à 6,5 g/l, le taux des antistreptolysines à 30 U.

La radiographie pulmonaire montre une adénopathie médiastinale bilatérale, la cutiréaction à la tuberculine est négative, l'intradermo-réaction à la tuberculine faiblement positive.

La bronchoscopie révèle de gros éperons bronchiques, la muqueuse est normale et une biopsie ne montre pas de réaction inflammatoire.

Le diagnostic est celui d'une maladie de BOUILLAUD et le traitement consiste en : Delta-Cortisone (50 mg par jour) associée à de la Pénicilline.

Au cours de l'évolution, la température cède de 39°5 à 36°8 en 24 heures, les arthralgies disparaissent en 24 heures également, la vitesse de sédimentation est à 6 - 17 - 89 assez rapidement, la fibrine atteint 4 g par litre.

Le malade sort fin Mai 1958. Après sa sortie, on constate la persistance d'une image d'adénopathies médiastinales. La corticothérapie est poursuivie pendant six mois.

Revu en Juin et en Août 1958, si ce malade est cliniquement normal, la radiographie montre la persistance d'adénopathies médiastinales.

En Septembre 1958, survient une nouvelle poussée d'arthralgies fébriles, la reprise de la Delta-Cortisone et de la Pénicilline pendant 12 jours font disparaître des symptômes.

En Novembre 1958, on constate une disparition complète des adénopathies médiastinales.

Depuis, l'état clinique et radiologique demeure satisfaisant.

E T U D E

R A D I O C L I N I Q U E

Nous allons d'abord essayer d'étudier, à partir de ces 46 observations recueillies dans la littérature, les différents éléments qui s'y retrouvent presque constamment ; c'est-à-dire l'âge, le sexe, la fièvre, les manifestations cutanées, les signes fonctionnels associés, les images radiologiques et différents examens para-cliniques dont les plus importants sont : les tests cutanés à la tuberculine, la vitesse de sédimentation, la numération formule sanguine.

Dans un second temps nous verrons que certains de ces éléments sont superposables aux formes latentes des adénopathies médiastinales bénignes, dont elles constituent, comme toute, une forme clinique plus bruyante.

E.-

Il est flagrant que cette maladie touche les gens jeunes. Parmi toutes les observations colligées, seules les 9 rapportées par JOHNSON, HANSON, GOOD (1951) intéressent des sujets plus âgés, en particulier 8 cas de sujets au-dessus de 40 ans (observations 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, soit observations 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, de l'auteur.)

Sur les 36 observations restantes, on compte 21 cas au-dessous de 30 ans, 15 cas entre 30 et 40. Il est assez curieux de noter que toute la série d'observations anglo-saxonnes se singularise par une moyenne d'âge nettement plus élevée que dans le reste de la littérature étudiée.

LE SEXE.-

Quant à l'incidence du sexe, il est net Il y a 32 femmes pour 13 hommes, soit un pourcentage de 71% de femmes contre 29% d'hommes.

LA FIEVRE.-

C'est le signe clinique constamment observé. Deux caractères la singularisent : son allure prolongée et sa sensibilité à la corticothérapie.

Elle marque le début de la maladie, s'accompagnant souvent d'une efflorescence cutanée, parfois de signes généraux et fonctionnels sur lesquels nous reviendrons.

Tantôt elle atteint d'emblée 38° et s'y maintient en plateau, tantôt initialement à 39°, elle y reste quelques jours, pour décliner progressivement et se stabiliser aux alentours de 38°.

Dans l'ensemble assez bien supportée, elle va surtout se prolonger. En relevant les différentes durées thermiques, précisées seulement dans 19 cas, on trouve que 5 ont une durée moyenne de 3 semaines, 10 de 1 mois, et 4 de 3 mois; soit, dans la majorité des cas, une durée moyenne de 4 à 6 semaines.

Lorsqu'une rechute se produit (nous en avons relevé 3 cas), celle-ci s'est toujours accompagnée d'une recrudescence thermique avec réapparition des arthralgies ou d'une éruption noueuse.

Quant à l'influence du traitement, signalons dès maintenant l'inefficacité apparente des dérivés salicylés ou des antibiotiques, alors que l'administration de corticoïdes a une action particulièrement nette, et entraîne une chute de la fièvre en 24 à 48 heures.

LES SIGNES GENERAUX.-

Ils sont, en règle, peu importants ; on retrouve parfois une asthénie, quelques sueurs, une perte de poids pouvant atteindre quelques kilos, mais rarement.

Cependant, dans l'ensemble, l'état général est bien conservé.

- Isolons maintenant, parce que plus intéressantes, les manifestations cutanées et arthro-musculaires :

MANIFESTATIONS CUTANEES.-

Des signes cutanés ont été observés 28 fois sur les 46 cas.

Il s'agit, le plus souvent, d'un érythème noueux, pouvant évoluer par poussées, apparaissant surtout avec l'ascension thermique initiale.

Certains ont tenté d'individualiser un aspect particulier : surface plus plane, aspect en placard, infiltration plus diffuse.

L'éruption observée dans les cas personnels était suffisamment typique pour ne pas laisser place au doute.

D'autres auteurs ont signalé des éléme cutanés un peu différents : érythème polymorphe (Löfgren) - érythème annulaire discoï (Paley Chrétien), - éruption acnéiforme ou pu purique, et, dans une des observations personnelles, aspect de lupus pernio du visage

Si l'érythème polymorphe et l'érythème annulaire discoïde peuvent avoir la même signification qu'un érythème noueux typique, les autres manifestations cutanées sont, par contre, beaucoup plus discutables.

MANIFESTATIONS ARTHRO-MUSCULAIRES -

Elles arrivent au 3ème rang des manifestations cliniques. Elles ont été retrouvées dans 27 cas, et ont pratiquement la même fréquence que les manifestations cutanées.

Leurs caractères sont variables. Tantôt légères, banal syndrome douloureux (3 cas : 1, 16, 12), tantôt elles ont l'allure d'arthralgies fugaces, mais mobiles, touchant successivement plusieurs articulations (3 cas 4, 30, 31). Parfois, il existe des modifications inflammatoires locales (5 cas : 4, 5, 13, 19, 20), plus rarement généralisées (2 cas : 9 et 31), ou réduites à de simples myalgies de type lombalgiques ou rachialgique Dans un cas seulement nous la retrouvons localisée au genou. De préférence, se trouveron atteintes les articulations distales des membres (coude, poignets, mains, genoux, chevill

Arthralgies et myalgies, volontiers fugaces, auront tendance à la ténacité, si coexistent des manifestations inflammatoires locales.

Arthralgies, myalgies, manifestations cutanées, s'associent très fréquemment. En effet, nous les retrouvons ensemble dans 23 observations, et le plus souvent de façon concomitante (16 cas : 1, 10, 12, 14, 15, 16 17, 18, 19, 20, 21, 24, 25, 30, 35, 46) ; arthralgies et érythème évoluent dans le même temps sans qu'il soit possible de trouver un décalage entre les deux. Dans les 7 autres cas (5, 9, 13, 44, 38, 45, 29) il y a précession des arthralgies sur l'érythème ; l'intervalle entre les deux va de 1 à 2 jours jusqu'à 10 jours, voire même 2 mois.

MANIFESTATIONS RHINO-PHARYNGEES.-

On les a relevées 11 fois sur 46.

Parfois elles marquent le début de la maladie (4 cas : 3, 44, 38, 37), elles entrent alors dans le cortège des autres manifestations cliniques; ailleurs, elles les précèdent de quelques jours, ou d'une semaine environ (12, 23, 46). Dans les antécédents, on retrouve 7 fois des maux de gorge à répétition, une amygdalectomie, 1 fois un streptocoque hémolytique (2, 3, 8, 11, 12, 30, 46).

Ce sont surtout des angines érythémateuses, rarement pultacées. Signalons un abcès dentaire avec du streptocoque viridans à la culture (29), et une amygdalectomie faite au décours de la maladie, avec, là encore, du streptocoque viridans à l'examen bactériologique d'un prélèvement local.

MANIFESTATIONS MEDIASTINALES -

On ne saurait passer sous silence, sous prétexte qu'ils sont inconstants et discrets, les signes cliniques médiastinaux :

- la toux est discrète, sèche et quinteuse, sans expectoration (2, 7, 18, 20, 32, 37),

- la dyspnée est peu importante, se manifeste simplement à l'effort (1).

Cependant, tout ceci est dans l'ensemble, peu marqué, il n'existe jamais d'autre signe de compression médiastinale.

Ils prennent surtout une valeur "a posteriori" lorsqu'on découvre les images médiastinales à la radiologie.

Il a été signalé, en outre, 2 cas de conjonctivite (24, 30), un avec parotidite (42 deux fois une adénopathie axillaire (32, 33). Quant au reste de l'examen clinique, il est négatif ; on ne retrouve ni splénomégalie, ni hépatomégalie, aucune manifestation rénale.

DONNEES RADIOLOGIQUES -

Les images radiologiques sont semblables à celles rencontrées dans les formes latentes découvertes d'examen systématique.

Variables dans leur volume, elles sont tantôt, et c'est la note habituelle, de taille moyenne, de la grosseur d'un oeuf de pigeon, ou bien plus discrète, et la radiographie standard ne fait alors que les soupçonner;

ailleurs, elles sont beaucoup plus volumineuses et prennent alors un aspect pseudo-tumoral ou en "potatoes nods" comme les nomme Van Bouchen.

Quoiqu'il en soit, les tomographies sont indispensables pour bien en préciser tous les caractères.

Leur tonalité est uniforme, il n'existe pas d'image plus sombre ou plus claire au sein de leur opacité ; leurs contours, très nets, tranchent franchement sur la clarté du parenchyme pulmonaire voisin, et permet ainsi de supposer qu'il n'y a pas de périadénite associée.

Arrondies ou ovalaires, polylobées, elles sont bilatérales dans tous les cas.

Certes, on a pu noter une prédominance droite, mais ceci est d'interprétation discutable, étant donné la meilleure visibilité du hile droit.

Les ganglions interbronchiques sont électivement tuméfiés, donnant : (BROCARD) à droite, une masse polylobée, en dehors de la bronche lobaire inférieure, limitée par la bronche lobaire supérieure ; à gauche, elles sont plus arrondies dans l'angle formé par les bronches lobaires supérieure et inférieure.

Le plus souvent, seuls sont atteinte les ganglions interbronchiques; cependant, peuvent s'associer, plus rarement il est vrai, une intumescence des ganglions latéro-trachéaux droits, qui apparaissent alors ovalaires au-dessus de l'origine de la bronche lobaire supérieure, le long du bord droit de la trachée.

Leur forme est conservée, on ne note pas d'hypertrophie prédominant sur une partie du ganglion, et respectant l'autre.

Leur développement se fait vers le parenchyme pulmonaire, et non vers la lumière bronchique (la bronchoscopie le prouve), expliquant la rareté du retentissement sur la ventilation pulmonaire.

Enfin, ces adénopathies demeurent isolées, sans autres ganglions périphériques, sauf dans 2 cas (33, 34) où a été constaté une adénopathie axillaire.

Ces images hilaires s'accompagnaient dans 9 cas d'images parenchymateuses. Différents types d'images sont retrouvés :

- images réticulo-nodulaires en aile de papillon (38)
- image miliaire assez pâle (42)
- opacité sous-claviculaire (41)
- images micro et macro-nodulaires (32, 43, 45
- une scissurite inférieure droite (1)
- deux fois sont rapportées des images parenchymateuses d'aspect indéterminé (6, 15).

Elles sont contemporaines des adénopathies; une fois seulement (45) on voit les images pulmonaires apparaître après elles.

Elles disparaissent avec les adénopathie cependant dans 3 cas (41, 42, 43) elles persistent plus longtemps qu'elles.

Nous avons classé la durée des images radiologiques en trois rubriques : celles d'une durée inférieure à 6 mois, celles d'une durée inférieure à 12 mois et supérieure à 6 mois, enfin, celles supérieures à 12 mois.

Sur les 41 cas où la durée est explicitée :

- 21 ont une durée inférieure à 6 mois (en moyenne 3 à 6)
- 12 durent 7 à 8 mois,
- 8 cas vont durer plus d'un an, et même plus de 18 mois.

La disparition des images se fait soit progressivement vers la normalisation, soit par palier où des poussées régressives alternent avec des pauses pendant lesquelles les adénopathies se fixent.

Elles ne se calcifient pas et la régression se fait vers la normalisation sans séquelle.

Citons une rechute des adénopathies médiastinales et des images pulmonaires (44) qui a évolué également de la même manière.

Enfin, signalons la précession apparente des images radiologiques sur le syndrome clinique fébrile.

L'activité du traitement par les corticoïdes, déjà notée sur l'état général, la fièvre, semble, par contre, être nulle sur l'involution des adénopathies. En effet, bien que sous traitement, l'évolution des images ganglionnaires en est prolongée sans qu'on puisse jamais apprécier l'effet de la médication.

Ouvrons une parenthèse sur les cas où s'associent images médiastinales et lésions parenchymateuses. Deux des observations (32, 42) sont très évocatrices de BESNIER-BOECK-SHAUMANN, et l'on peut se demander si l'apparition de manifestations parenchymateuses associées n'est pas en faveur d'une origine sarcoïdosique, et

si elle ne constitue pas une entité particulière au sein des adénopathies médiastinales bénignes isolées.

LES REACTIONS TUBERCULINIQUES.-

Elles ont été pratiquées dans 42 cas.

Il s'est agit, soit de cuti-réaction simple, soit d'intra-dermo-réaction de Mantou.

- 29 ont des réactions totalement négatives,
- 4 ont des réactions très discrètement positives ou douteuses,
- 9 enfin sont franchement positives à 10 ou 50 unités.

- Dans 4 cas, on avait la notion d'une cuti antérieurement positive (2, 5, 40, 45) avec négativation de cette dernière au moment de l'affection.

- 11 fois, les réactions tuberculiniques ont été refaites plus tard, à distance de la maladie, 4 d'entre elles étaient devenues positives entre 3 mois et 2 ans plus tard.

Plus intéressant est le cas 45. Les tests cutanés, reconnus positifs avant la maladie, vont se négativer au moment de l'affection, redevenir positifs avec l'amélioration, pour se négativer de nouveau à la rechute, et enfin se repositiver 8 mois plus tard.

On peut envisager d'être en présence d'une maladie anergisante.

VITESSE DE SEDIMENTATION -

La vitesse de sédimentation est toujours accélérée, au-dessus de 50 mm à la première heure, pouvant atteindre des chiffres beaucoup plus élevés de 110 à 112. Lente à se normaliser, elle baisse progressivement en 2 à 5 mois.

Le traitement par les corticoïdes paraît avoir sur elle une action rapidement favorable.

NUMERATION FORMULE SANGUINE -

Elle a été relevée 25 fois. On retrouve une très minime anémie; une leucocytose oscillant entre 8.000 et 11.000 globules blancs, avec tendance à la polynucléose neutrophile.

Plus intéressante est la présence d'une éosinophilie. Elle a été retrouvée 11 fois. Tantôt peu importante, de 2 à 6%, elle atteint parfois des chiffres beaucoup plus élevés, de 8, 12, 18 et même 24%, à l'occasion d'une rechute. Cette éosinophilie se retrouve chez des malades qui n'ont pas eu de traitement antibiotique.

AUTRES EXAMENS COMPLEMENTAIRES -

Le taux des antistreptolysines est connu dans 15 cas (4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 38, 39, 44, 46). Il reste bas dans la majorité des cas, et, dans deux observations seulement, il atteint 380 unités (15) et 880 unités (44).

La fibrine a été dosée 5 fois, on l'a retrouvée chez trois malades à 8 g.

L'électrophorèse montre une tendance à l'élévation, tantôt des alpha-2, tantôt des gamma-globulines (7 cas en tout).

Quant aux renseignements tirés de la bronchoscopie, d'ailleurs peu pratiquée (2, 3, 4, 40, 41, 44, 45, 46), ils sont bien pauvres, ne montrant que, soit une muqueuse bronchique d'aspect normal sans déformation, soit un aspect inflammatoire banal sans caractère particulier. Elle a permis des biopsies bronchique qui, elles aussi, n'ont montré que des aspects inflammatoires sans spécificité.

Deux biopsies axillaires ont été faites (32 et 33) sur des ganglions apparus au cours de l'affection. L'une n'a montré qu'un aspect inflammatoire banal, et l'autre des follicules avec des cellules épithélioïdes et des cellule géantes multinuclées.

Quant aux recherches étiologiques faisa appel à la réaction de Hirst, Paul et Bunnel, la recherche d'une ornithose, d'une rickettsio elles ont été faites sans succès et se sont av rées négatives.

Nous terminons par les examens de routine : urée, glycémie, B.W., recherche des bacilles de Koch dans les crachats, etc..., ils se sont tous avérés normaux ou négatifs.

EVOLUTION SOUS TRAITEMENT -

Insistons tout particulièrement sur l'évolution sous traitement. Nous n'avons vu cité le traitement de façon explicite malheureusement que 14 fois.

Dans l'ensemble, cependant, schématiquement trois types de médications ont été essayés : la Salicylate ou ses dérivés, les antibiotiques, les corticoïdes.

- 6 fois utilisés, les dérivés salicylés n'ont abouti qu'une seule fois à l'atténuation des arthralgies; pour les 5 autres, aucune modification n'a été notée.

- 10 fois les antibiotiques ont été employés (Streptomycine, Tifomycine, Tétracycline, Auréomycine, Pénicilline) à des doses usuelles; là encore, aucune action apparente, tant sur la fièvre que sur l'éruption et les arthralgies, ne fut notée.

- La corticothérapie a été administrée 7 fois. Son action est extrêmement nette sur les manifestations bruyantes, telles que la fièvre, l'éruption, les arthro-myalgies qui vont céder rapidement. Elle ne semble, par contre, avoir aucune efficacité sur les adénopathies médiastinales qui persistent, inchangées, et se résorbent lentement sans paraître affectées par le traitement.

Cette action hormonale n'apparaît donc pas curative, mais suspensive, et son arrêt prématuré entraîne une rechute des signes aigus. La reprise du traitement, à l'occasion de cette rechute est aussi efficace (5, 39, 46, 45).

SYNDROME MEDIASTINAL A MANIFESTATIONS BRUYANTES ET FORMES LATENTES DES ADENOPATHIES MEDIASTINALES BILATERALES BENIGNES -

Il ne saurait être question d'isoler ces formes fébriles d'adénopathies médiastinales, des formes latentes, beaucoup plus fréquentes il est vrai.

On sait que les caractères reconnus comme typiques de l'une et de l'autre forme sont souvent communs.

Certes, la latence de ces dernières est extrême, à telle enseigne que seul l'examen radiologique de pratique systématique les dépiste.

A l'exception donc du cortège fébrile, douloureux et éruptif, bien des points les rapprochent.

C'est ainsi que le syndrome médiastinal, proprement dit, est radiologiquement identique quelle que soit la forme envisagée : même aspect, même morphologie, même répartition, même évolution traînante, et spontanément régressiv Il faut enfin remarquer l'absence de lésion pa renchymateuse ou de trouble ventilatoire.

Le terrain est le même : sont atteints les adultes entre 20 et 40 ans. Le sexe fémini semble plus prédisposé dans les formes aiguës, le sexe masculin dans les formes latentes. On peut objecter cependant que la prédominance de formes latentes chez l'homme tient au fait que les dépistages systématiques radiologiques son plus fréquents chez lui.

Les symptomes liés aux adénopathies sont également très frustes : dyspnée, toux, gêne respiratoire, sont presque inexistants. Tout au plus, notera-t-on une toux aussi discrète qu'inconstante, une dyspnée pouvant se produire simplement à l'effort, de très vagues douleurs thoraciques.

D'autres points communs les unissent encore : la négativité des réactions tuberculiniques, l'absence de renseignements objectifs fournis par la bronchoscopie, et, bien entendu, l'argument évolutif que constitue la régression spontanée mais lente des images radiologiques.

Quant au problème étiologique posé par les formes latentes, il apparaît aussi peu clair et aussi discutable que celui évoqué par les formes fébriles.

Toute cette conjonction de points semblables permet, à priori, de considérer les formes fébriles comme faisant partie du même cadre clinique.

PROBLEMES

DIAGNOSTIQUES

Devant l'apparition de telles images, on va, bien entendu, être amené à se poser un certain nombre de questions :

- S'agit-il ou non d'adénopathies malignes ?

Certes, on est en droit de penser à une maladie de HODGKIN de forme médiastinale pure, en raison de l'âge, de la similitude des images, de la négativité des réactions tuberculiniques.

L'observation 33 a même subi une radiothérapie thoracique. La bonne tolérance clinique, et surtout l'évolution spontanément régressive reste encore le meilleur argument vis-à-vis d'un tel diagnostic.

La maladie de BRYLL-SIMMERS à forme médiastinale et ses longues rémissions trompeuses paraît également à écarter.

Lymphosarcome, réticulosarcome ne se discutent pas plus qu'une crypto-leucose à forme médiastinale.

- Quant à la tuberculose médiastino-pulmonaire, elle pourrait se discuter davantage. Qu'il s'agisse d'une tuberculose de primo-infection, dans ce cas la négativité des réactions tuberculiniques, voire leur négativation, ou la présence de calcifications pulmonaires si la cuti est positive, l'éliminent. Quant à la discussion dans sa forme tardive, elle paraît ne pas mieux résister à l'analyse des faits; retenons, en particulier, l'aspect isolé des adénopathies en dehors de tout contexte parenchymateux, leur bilatéralité, leur volume, la négativité des réactions

cutanées et leur régression spontanée en 18 mois.

Il est évidemment plus délicat de trancher en cas de signes parenchymateux associés.

Bref, contre le diagnostic d'adénopathies tuberculeuses, retenons : l'aspect des adénopathies, le résultat des examens bronchoscopiques, l'évolution et l'échec de la thérapeutique antibacillaire.

P R O B L E M E S

E T I O L O G I Q U E S

L'étiologie des adénopathies médiastinales fébriles a soulevé bien des hypothèses. Deux, en fait, retiennent particulièrement l'attention des auteurs :

- la maladie de BESNIER-BOECK-SHAUMANN,

- une étiologie infectieuse.

La sarcoïdose de BESNIER-BOECK-SHAUMANN :

C'est surtout depuis la connaissance des formes endothoraciques pures de la maladie de BESNIER-BOECK-SHAUMANN qu'on peut l'envisager.

Comment ne pas y penser devant l'association de lésions cutanées, de fièvre, d'adénopathies médiastinales, de négativité des réactions tuberculiniques. D'ailleurs, nous avons vu que, dans certains cas, non pas la bronchoscopie, mais la biopsie d'un ganglion axillaire, a permis de poser effectivement ce diagnostic (31). L'existence de lésions oculaires et parotidiennes plaident, dans ce cas, en sa faveur.

Mais, dans les autres observations, l'absence de lésion parenchymateuse pulmonaire, oculaire, ou parotidienne, la négativité de la bronchoscopie, l'absence d'éléments fournis par la biopsie, qu'elles soient bronchiques, ganglionnaires, périphériques, cutanées, rétroclaviculaires et ceci dans la majorité des cas, laisse tout naturellement supposer que cette étiologie n'est pas univoque.

Car, si l'on veut étendre ce diagnostic aux formes médiastinales pures, sans lésion pulmonaire, sans vérification histologique, il faut admettre une phase analogue à la primo-infection tuberculeuse, purement ganglionnaire, susceptible de régresser spontanément sans passage à un stade de diffusion secondaire. Ceci n'est encore qu'une hypothès non encore démontrée.

L'étiologie infectieuse est également séduisante, et n'a pas manqué d'être retenue par de nombreux auteurs, d'autant plus qu'une angine a fréquemment ouvert la scène, et qu'il existe des signes cliniques bruyants, dont la fièvre n'est pas le moindre.

On a cherché à isoler une forme purement médiastinale de la grippe, de l'ornithose, de la lympho-réticulose bénigne d'inoculation, de la mononucléose infectieuse, de la fièvre Q., et de nombreuses investigations ont été, bien entendu, faites dans ce sens.

Il est très frappant de constater avec quelle constance ces examens paracliniques se sont avérés négatifs. Malgré la nécessité de faire appel à eux, il faut bien reconnaître qu'on les invoque en vain.

Le rôle du streptocoque hémolytique doit être étudié. L'existence d'une angine, d'un érythème noueux et de manifestations articulaires fébriles le font soupçonner. Et si on a pu l'incriminer dans quelques rares cas où a été retrouvé un taux anormalement élevé d'antistreptolysines, ainsi que du streptocoque hémolytique, son rôle n'en est pas moins très hypothétique pour le reste des observations où le taux des antistreptolysines reste bas et le streptocoque absent.

Peut-on soulever la possibilité d'une pasteurellose par analogie aux adénopathies mésentériques qu'on lui impute quelques fois ? Mais, là encore, la rareté des investigations faites dans ce sens sont trop rares pour en tirer une conclusion.

L'existence d'un virus autonome est également du domaine des conjectures, car il n'a pas été encore trouvé, et les recherches dans ce sens, en particulier celui des adéno-virus, se sont soldées, là encore, par des échecs.

o o

Ainsi, malgré le rattachement de certaines observations à la maladie de BESNIER-BOECK-SCHAUMANN, et au streptocoque hémolytique, il semblerait abusif de vouloir leur rattacher en bloc tous les cas d'adénopathies médiastinales bénignes; et les éléments de cette affection constituent finalement un syndrome bien défini, à mécanisme physiopathologique univoque, mais relevant d'étiologies multiples.

o o

Si l'on se réfère aux observations précédentes, il est notable, sauf certains cas, qu'il y a précession des adénopathies sur les manifestations cutanées, que, dès les signes cliniques apparus, les images radiologiques sont dûment constituées.

Si, d'autre part, on admet, avec certains auteurs, que toute intumescence ganglionnaire, et même de tout tissu lymphoïde, est capable de provoquer un érythème noueux, ceci quelle qu'en soit la cause, on peut

supposer que, par un mécanisme encore inconnu, de nature auto-allergique, l'apparition de ces adénopathies médiastinales bilatérales serait susceptible d'entraîner un érythème noueux non spécifique de la fièvre et des manifestations arthro-musculaires.

C'est dans ce sens que pourrait s'interpréter la fréquence de l'augmentation de l'éosinophilie, et l'action spectaculaire, mais suspensive, de la corticothérapie sur les manifestations bruyantes, alors qu'elle paraît n'avoir aucune incidence sur les adénopathies médiastinales.

o
o o

C O N C L U S I O N S

A côté des adénopathies médiastinales bénignes, cliniquement plus ou moins latentes, ou associées à un érythème noueux, (syndrome de Löfgren), on observe plus rarement des adénopathies médiastinales spontanément régressives, accompagnées d'un état fébrile. Elles peuvent évoluer, avec ou sans signe cutané.

Nous en avons recueilli 46 observations dans la littérature française et anglo-saxonne. Il s'agit de sujets jeunes, surtout de femmes. Ces adénopathies médiastinales sont isolées, assez souvent, elles n'ont aucune particularité clinique ou radiologique, et évoluent même sans élévation thermique.

Cependant, un cortège fébrile, entre 38° et 39°, accompagne le plus souvent ce syndrome. Cette fièvre peut durer 4 à 6 semaines, parfois plus longtemps, avec une atteinte modérée de l'état général.

Cette manifestation fébrile n'est pas toujours isolée :

- des manifestations cutanées existent dans 61% des cas. L'érythème noueux étant la forme la plus fréquente. Cependant, Révol, signale une fois un érythème noueux polymorphe, et PALEY et CHRETIEN rapportent un érythème annulaire discoïde.

- des signes articulaires ou musculaires se rencontrent dans 58% des cas.

- les manifestations rhino-pharyngées sont plus rares, de l'ordre de 25% des cas.

- L'examen clinique ne retrouve jamais dès l'abord de signes de compression médiastinale. La discrétion de ceux-ci n'est mise en évidence que lors

de la découverte de l'adénopathie médiastinale radiologiquement.

- d'autre part, il n'a jamais été noté, ni d'hépatomégalie, ni de splénomégalie.

C'est l'examen radiologique pulmonaire qui montre les images ganglio-médiastinales : celles-ci sont hilaires, interbronchiques, bilatérales, symétriques, régulières, bien limitées, volumineuses, mais n'entraînant pas de signe radiologique de compression médiastinale ou bronchique.

En réalité, les aspects cliniques ou les circonstances de découverte peuvent être quelque peu différents, et l'on peut schématiser en trois groupes :

a) soit des adénopathies isolées, découvertes lors d'un examen radiologique systématique; dans la plupart des cas, ces observations sont rapportées par des pneumologues.

b) parfois, elles s'accompagnent de manifestations cutanées, le plus souvent du type érythème noueux ou autres types, comme nous l'avons déjà vu.

c) plus rarement, le caractère prolongé de la fièvre ou l'allure bruyante du tableau clinique, et l'atteinte de l'état général, ou de manifestations trompeuses, surtout articulaires, faisant penser à une maladie générale; le diagnostic n'est évoqué que devant la découverte de l'adénopathie médiastinale bilatérale.

Les différentes recherches biologiques effectuées ne sont pas concluantes :

- cuti-réactions et intra-dermo-réactions à la tuberculine sont négatives dans 80% des cas, certaines étaient positives antérieurement.

- l'étude de la formule sanguine montre une éosinophilie, notable dans certains cas, parfois une hyperleucocytose à polynucléaires au début, puis une leucopénie ultérieure.

- dès le début, la vitesse de sédimentation est accélérée; son retour à la normale se fait dans un délai variable.

- Il ne fut jamais retrouvé de bacille de Koch, ni aucun virus, seul le streptocoque hémolytique fut retrouvé lors de prélèvements de gorge (Obs. N° 10, 11, 30, 38).

- des vérifications sérologiques furent également effectuées : grippe, ornithose, psittacose, maladie des griffes du chat, mononucléose infectieuse, toxoplasmose, tularémie, elles furent toutes négatives. Seul le taux des antistreptolysines fut légèrement augmenté dans deux cas (Obs. N° 15, 44).

- la fibrinémie ne fut jamais supérieure à 8,20 g/l (Obs. N° 5).

- les examens bronchoscopiques pratiqués permirent de constater :

  - un oedème de la muqueuse, avec aspect congestif,
  - parfois des signes de compression extrinsèque.

Mais des biopsies bronchiques, ainsi que des ponctions ganglionnaires trans-bronchiques, n'amenèrent aucun renseignement complémentaire.

- l'électrophorèse, dans certains cas, montre une augmentation des alpha-2 globulines (Obs. N° 2, 39, 44) et également parfois des gamma-globulines (Obs. N° 38, 39, 44).

L'évolution est toujours bénigne, avec ou sans traitement, on assiste à une régression complète :

- le syndrome infectieux et les signes cutanés, lorsqu'ils existent, disparaissent les premiers, en un mois environ.

- les images ganglio-médiastinales régressent plus lentement, l'image radiologique ne revenant à la normale qu'en quelques mois.

L'évolution de ce syndrome n'est marquée d'aucune complication ni de rechute, en dehors de trois cas. Meyer signale cependant des formes lentes, avec des poussées, et des formes persistantes, dont un cas dure depuis dix ans

Tout recours thérapeutique n'est pourtant pas exclu, seule la corticothérapie a une action résolutive nette, mais suspensive, sur les manifestations cliniques, alors qu'elle reste sans effet sur les adénopathies, pouvant laisser supposer que ces dernières sont de nature différente des manifestations cliniques bruyantes.

Il reste, cependant, à résoudre le problème étiologique de ces adénopathies. Toutes les enquêtes étiologiques furent décevantes; si l'on a pu évoquer dans certains cas la maladie de BESNIER-BOECK-SCHAUMANN, ou le Streptocoque hémolytique, le plus souvent on est réduit à des hypothèses.

On peut également envisager ces adénopathies médiastinales comme un syndrome relevant d'étiologies multiples, et admettre que les manifestations bruyantes ne sont que des réactions de système sur le mode hyperergique, de nature auto-allergique, comme on admet actuellement que le sont les érythèmes non spécifiques, en réponse à une intumescence du tissu lymphoïde.

o°o

o°o o°o

VU,
et permis d'imprimer
LE RECTEUR
de l'ACADEMIE de PARIS

Mr. SARRAIL.

VU,
Le DOYEN de la FACULTE
de Médecine de Paris

Pr. BINET.

VU,
Mr. le Professeur TURIAF.

B I B L I O G R A P H I E

1 - BROCARD (H) - Les adénopathies médiastinales bilatérales non tuberculeuses bénignes.
Rev. Prat. VIII, N° 2, 155-166, 1958

2 - BROCARD (H) et CHOFFEL (C) - Adénopathie hilaire bilatérale avec érythème noueux d'origine streptococique vraisemblable.- Bull. Mém. Soc. Med. Hop. PARIS, 4, 20-21, 641-649, 1957.

3 - BROCARD (H), CHOFFEL (C), VANNIER (R) et SOLIGNAC (P) - Les adénopathies médiastinales cryptogénétiques et leurs rapports avec la maladie de B.B.S.- Bull. Mém. Soc. Med. Hop. PARIS, 70, 13-14, 453-461, 1954.

4 - BROCARD (H) et CHOFFEL (C) - L'association d'adénopathies médiastinales non tuberculeuses et d'érythème noueux. Pr. Méd. 65, 21, 1184-1187, 1957.

5 - BRUN (J) et VIALLIER (J) - L'érythème noueux son origine lymphoïde et ses discordances avec l'allergie cutanée. LYON Médical, 178, 50, 821-825, 1957.

6 - CHAVES (A.D) et ABELES (H) - Transient undiagnosed intra-thoracic Lymphoadenopathy in apparently healthy persons. Av. Rev. Tuber. 65, 45-57, 1953.

7 - CHRETIEN (J) - Adénopathies médiastinopulmonaires transitoires et bénignes chez des sujets apparemment sains. Sem. Hôp. PARIS, 29, 58, 2881, 1953.

8 - Confrontations de pneumologie - Problèmes thérapeutiques posés par les adénopathies médiastinales isolées. Pr. Med. 66, 20, 441-444, 1958.

9 - DUNNER (L) et HERMON (R) - Erythema nodosum with bilateral hilar enlargement. Brit. Med. Journ. 2, 1078, 1952.

10 - DUPLAY (H) - Le problème diagnostic des adénopathies médiastinales cryptogénétiques bénignes. Thèse Paris 1956.

11 - DUPONT (Vic) et ECHTER (E) - Les formes pulmonaires de la mononucléose infectieuse. Jour. Fr. Med. Chir. Thor. X, 4, 409-414, 1956.

12 - FALK - Munsch. Med. Wschr. 36, 1317-1320, 1958.

13 - FOUQUET (J) et TEYSSIER (L) - Syndrome de Löfgren avec érythème noueux à rechute. Rev. Tub. 23, 2-3, 321-326, 1959.

14 - GANNE - Thèse Paris 1955.

15 - GERNEZ-RIEUX (C), GOUDEMAND (N), SAVINEL (E), MEREAU (J) et VOISIN (C).- Adénopathies médiastinales bénignes latentes et spontanément régressives.- Jou. Fr. Méd. Chir. Thor. VIII, 3, 321-332, 1954.

16 - GRUPPER (C) et BEAUVOIS (P).- Erythème noueux avec adénopathie médiastinale d'origine non tuberculeuse.- Soc. Fr. Der. Syp. séance du 10 Mars 1955.

17 - HALLANDER (H) - Erythema nodosum in a dispensary clientele.- Act. Tub. Scand. 23, 294-309, 1949.

HINAULT (V) et ROY (A) - A propos de l'étiologie des adénopathies hilaires régressives de l'adulte.- J. Fr. Med. Chir. Th. X, 4, 445-447, 1956.

JARNIOU (AP), MOREAU (A), CHAMBATTE (C) et ANJALBERT.- Les images médiastinales et médiastino-pulmonaires isolées d'étiologie indéterminée.- Sem. Hôp. Paris, 33, 45-46, 2857-2868, 1957.

JOHNSON (C), HANSON (N.D) et GOOD (C.A) - Erythema nodosum. The possible significance of associated pulmonary hilar adenopathy.- Ann. Int. Med. 34, 989, 1951.

JULLIEN (J.L) - Le diagnostic des adénopathies médiastinales. France Med. I, 5-17, 1957 et Thèse Paris 1958.

KOURILSKY (R), DECROIX et ROBINEAUX - Syndrome ganglio-pulmonaire à forme bénigne et adénopathie médiastinale.- Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris, 4, 24-25, 862-870, 1954.

LEMENAGER (J) - Les syndromes pneumo-ganglionnaires.- Sem. Hôp. Paris, 32, 32, 1836-1842, 1958.

LEMENAGER (J), PORIN (J) et ROUSSELOT (J) - Adénopathies médiastinales spontanément régressives de l'adulte (12 observations) Sem. Hôp. Paris 33, 24, 1526-1536, 1957.

LOFGREN (S) - Erythema nodosum.- Studies in etiology and pathogenesis in 185 adult. cases.- Act. Med. Scand. 174-197, suppl. 1946.

26 - LOFGREN (S) et LANDBOCK - The bilateral hilar lympho. syndrom.- Act. Med. Scand. 142, 4, 1952.

27 - MEYER (A) et FREOUR (P) - Adénopathies médiastinales transitoires coexistant avec une réaction positive à l'antigène de la lympho-réticulose bénigne d'inoculation.- J. Fr. Med. Chir. Thor. VIII, 2.

28 - MEYER (A), ROUGEL (M), JULLIEN (J.L) et NADOLNY (A) - Adénopathies médiastinales non tuberculeuses avec érythème noueux.- Rev. Tub. 23, 4, 1959, et Bull. Mem. Soc. Med. Hôp. Paris, 439-456, 24 Avril 1959.

29 - MEYER (A) - Les adénopathies médiastinales bénignes bilatérales.- Entretiens de Bichat, 1959.

30 - MONNET (P), BERTOYE (A), BERTRAND (J) et COURTIEU - Ornithose pulmonaire simulant une primo-infection.- Lyon Médical, 190, 4, 77-78, 1954.

31 - PALEY (P.Y) et CHRETIEN (J) - Adénopathies médiastinales, polyarthrite fébrile et érythème annulaire discoïde.- Rev. Tub. 23, 2-3, 317-321, 1959.

32 - PEROL (R), GRAVELEAU (J) et MORIN (M) - Formes fébriles des adénopathies médiastinales bénignes (avec ou sans manifestations cutanées).- Sem. Hôp. Paris N° 71/8 - 20 - 12 - 1961 - 3582-3590.

33 - PIECHAUD (F) et LACOSTE (G) - Adénopathies médiastinales transitoires d'étiologie incertaine et ses manifestations cliniques.- Journ. Fr. Med. Chir. Thor. VIII, 3, 293-297, 1954.

- PIRAME (Y) - Les adénopathies médiastinales chroniques, isolées, d'étiologie indéterminée.- Thèse Paris 1954.

- REBOUL (J), MAUPETIT (J), DELORME (G) et GEINDRE (M) - Les adénopathies médiastinales spontanément régressives et le syndrome de Löfgren.- Soc. Méd. Chir. Bordeaux, séances des 23 et 24 Avril 1960.

- REVOL (L), MAITREPIERRE (J) et GAUTHIER - Syndrome de Löfgren - Lyon Médical 44, 28 Octobre 1956.

- REVOL (L) et MAITREPIERRE (J) - Le syndrome de Löfgren (à propos de deux observations d'érythème noueux polymorphe, d'étiologie indéterminée et d'évolution régressive).- Sem. Hôp. Paris 33, 67, 3959-3964, 1957.

- ROUX-BERGER (Mme J), HAUTEFEUILLE (E), TEYSSIER (L) et BIDOU (S).- Adénopathies médiastinales bilatérales latentes et curables avec hyposensibilité tuberculinique (19 cas).- Journ. Franç. Med. Chir. Thor. IX, 6, 662-687, 1955.

- SCARINCI (C) - Le diagnostic de certaines adénopathies médiastinales chroniques et leurs rapports avec la tuberculose et la maladie de BESNIER-BOECK-SHAUMANN. Pr. Med. 63, 76, 1576-1579, 1955.

- TURIAF (J) et JEAN (J) - Le syndrome pneumo-ganglionnaire de la pneumonie atypique de la lympho-réticulose bénigne d'inoculation.- Bull. Mem. Soc. Med. Hôp. Paris 69, 26-27, 914-920, 1953.

- TURIAF et BRUN - La Sarcoïdose thoracique de la maladie de BESNIER-BOECK-SHAUMANN.- I volume, Expansion Scient. 1956.

-:-:-:-:-:-:-